

Sekundærvansker etter rus i fosterlivet

Litteraturstudie og eliteintervju

Inger Helene Hangaas



Masteroppgave i spesialpedagogikk.

Institutt for spesialpedagogikk.

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2013

Sekundærvansker etter rus i fosterlivet

Litteraturstudie og eliteintervju

© Inger Helene Hangaas

2013

Sekundærvansker etter rus i fosterlivet. Litteraturstudie og eliteintervju.

Inger Helene Hangaas

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: CopyCat, Forskningsparken, Oslo

Sammendrag

Tittel

Sekundærvansker etter rus i fosterlivet. Litteraturstudie og eliteintervju.

Bakgrunn og formål

Med min arbeidserfaring fra Aline barnevernsenter og ervervede kunnskap om hvordan ruseksponerte barn har det når de kommer til verden som utgangspunkt, hadde jeg som formål å skaffe informasjon om hvorvidt barnas utvikling var blitt påvirket og i så fall i hvilken grad dette kom til uttrykk i senere alder.

Problemstilling/Forskningsspørsmål

Problemstillingen min er derfor som følger:

”Hvilke vansker vil kunne være typiske for prenatalt ruseksponerte barn, og hvilke behov har disse barna i skolen?”

med problemstillingene;

- *”Hvilke følger kan rusmiddeleksponering i fosterlivet ha for barns utvikling etter småbarnsalderen?”*
- *”Hvilke behov har disse barna i skolen?”*

Metode

For å besvare denne problemstillingen og forskningsspørsmålene best mulig, har jeg brukt litteraturstudie og eliteintervju. Hermeneutikk er den vitenskapelige rammen rundt dette prosjektet. Jeg har valgt å bruke et kvalitativt forskningsdesign som legger videre føringer for metodebruk. Et litteraturstudie basert på Grounded theory, og den tematiske analysen dette innebærer er utført. For å få mer dybde og en mer realistisk og praktisk innfallsvinkel er et eliteintervju utført. Mine metodiske valg er basert blant annet på bakgrunn av forskningsetiske hensyn, og på med tanke på hvor lite kunnskap som var tilgjengelig. Utvalgsriteriene i litteraturstudiet var:

1. Må inneholde ruseksponering i fosterlivet
2. Må inneholde undersøkelse av en effekt av ruseksponeringen
3. Må inneholde aldersgruppen 3 år og oppover
4. Kan ikke inneholde eksponering kun for alkohol

Resultater

Resultatene fra litteratursøket og fra eliteintervjuet overlapper hverandre til en viss grad. Det ble funnet sammenhenger mellom ruseksponeringen i fosterlivet og barnets utvikling på flere områder. De sammenhengene som fremsto som sterkest og oftest signifikant besto av atferdsvansker, kognitive vansker, manglende sosiale ferdigheter, i noen tilfeller psykiske vansker og noe språkvansker. Mange av svekkelsene i evner og ferdigheter viste likheter med andre diagnoser og vansker, slik som for eksempel ADHD, Asperger, lærevansker og angst og affekt forstyrrelser. Tilrettelegging for ruseksponerte barn sammenfaller på dette tentative grunnlaget, med tilrettelegging for de diagnosene og vanskene som har likhetstegn mellom symptomene.

Oppsummerende kommentarer

Barn eksponert for rusmidler i fosterlivet, er en heterogen gruppe sett i lys av både sekundærvansker og oppvekstmiljø. Funnene i dette prosjektet vil kunne tolkes i den retning at prenatal ruseksponering (ekskludert alkohol) muligens kan predikere enkelte vansker til hos barn i skolealder. Mange av vanskene er gjennomgående i denne barnegruppen, og denne kunnskapen bør finnes lett tilgjengelig. Jeg mener kunnskapen bør læres bort til både nye studenter som kommer til å arbeide med barn og de som allerede gjør det. På den måten vil de kunne jobbe forebyggende og være mer sensitive ovenfor vansker som viser seg. De valg som blir tatt i løpet av barnets første leveår i forhold til plassering utenfor hjemmet vil også kunne ha en påvirkning på barnets utvikling, det være seg både i positiv og negativ retning. Fagpersoner bør i så henseende være bevisst på at barna får den oppfølgingen de har behov for, i tillegg til å følge opp og støtte mødrene. Videre forskning på sekundærvansker hos ruseksponerte barn bør inneholde større utvalg, mer variert utvalg og basere seg på eldre barn, samt barnas egne tilbakemeldinger.

Forord

Jeg gledet meg lenge til dette masterprosjektet og det faktum at jeg kunne vie min tid til å dykke ned i et tema jeg var svært interessert i. Det viste seg å bli vanskeligere enn jeg hadde forventet. Mange små uforutsette hendelser og komplikasjoner i forhold til både tema og forskningsdesign ble påpekt underveis, og til og med allerede før jeg virkelig hadde begynt. Imidlertid har det gitt meg en ny innsikt rundt temaet, og har vist meg hvor tabu og vanskelig forskning kan være.

Gjennom dette masterprosjektet har jeg lært mye om et tema som ikke mange har god kunnskap om. Det har flere ganger vist seg gjennom veiledere, potensielle intervjuobjekter og informasjon som finnes tilgjengelig. Det har vært en tøff prosess, men utrolig lærerik og givende.

Først og fremst vil jeg takke informanten som sa seg villig og tok seg tid til å stille opp. Jeg vil gjerne også takke personer som har hjulpet meg i gjennom dette masterprosjektet, da jeg uten dem sannsynligvis hadde lagt inn årene. Min fantastiske veileder Charlotte Egeland som har vært en personlig og profesjonell støtte og hjulpet meg når jeg har sett meg blind på teksten, venner og familie som har lest korrektur og kommet med kommentarer og til slutt (og litt flaut) mine foreldre som lot meg flytte inn, vekket meg hver morgen, føret meg og kjørte meg til Universitetet hver dag mot slutten av prosjektet. Tusen takk!

Universitetet i Oslo, november 2013

Inger Helene Hangaas

”Det er aldri for tidlig å forebygge og aldri for sent å behandle”.

- Loeber & Farrington (1998) i Ogden 2009, s.167.

”Jeg vil kalle det normalt med deres forutsetninger, og da må vi på en måte tune oss inn til deres normalitet.”

- Informant

”Det er flere eksempler på at unge uten spesielle vansker på skoleplanet på ungdomsskolen ser ut til ”å ta igjen” en problematisk livsstil når de begynner på videregående skole”

- Sundfær, 2004, s. 62

“While communicating optimism about the potential for neurologically normal outcome, developmental monitoring into school age is required, with particular attention paid to early symptoms associated with RD “(reguleringsvansker)

- Slinning, 2004b

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	2
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2	Temaets aktualitet.....	4
1.3	Problemutvikling og problemstilling.....	4
1.4	Avgrensning.....	6
1.5	Disposisjon.....	6
2	Teori, sentrale begrep og aktualitet	8
2.1	Rusmiddelbruk i Norge.....	8
2.2	Rusens effekt på fosteret.....	9
2.2.1	Alkoholens effekt på fosteret	10
2.2.2	Andre rusmidlers effekt på fosteret	10
2.3	Tiltak til rusavhengige kvinner i Norge	12
2.3.1	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	12
3	Teorigrunnlag - i lys av vansker og tilrettelegging i barnehage og skole	15
3.1	Forebygging	15
3.2	Tilpasset opplæring og Spesialundervisning	16
3.3	Betydningen av godt samspill.....	16
3.4	Atferdsvansker	18
3.4.1	ADHD	18
3.4.2	Innagerende atferd	19
4	Metode	20
4.1	Vitenskapsteoretisk ramme.....	20
4.2	Kvalitativ tilnærming	21
4.2.1	Forforståelse og fortolkningens prosess.....	21
4.2.2	Kvalitativt intervju og intervjuguide.....	22
4.2.3	Utvelgelse av informant.....	23
4.3	Litteraturstudie	23
4.3.1	Litteratursøkets prosess	24
4.3.2	Utvalgprosessen og utvalgsriterier	24
4.1	Analyse og tolkning	26
4.1.1	Grounded Theory (GT).....	27
4.2	Kvalitetsvurdering	27
4.2.1	Validitet.....	27
4.2.2	Reliabilitet	29
4.3	Forskningsetiske hensyn.....	30
5	Presentasjon av Litteraturstudiet	32
5.1	Atferdsvansker	33
5.2	Kognitive vansker	36
5.3	Språkvansker	37
5.4	Kjønnsforskjeller	37
6	Presentasjon av eliteintervju	39
6.1	Reguleringsvansker	39
6.2	Atferdsvansker	41

6.3	Sosial kompetanse	42
6.4	Kognitive vansker	43
6.5	Psykiske vansker	44
6.6	Underdiagnostisering.....	47
6.7	Samspill og betydningen av lærerens personlige egnethet.....	48
7	Sammenslåing av funnene.....	52
7.1	Hvilke vansker kan barn eksponert for rusmidler i fosterlivet ha i skolen?	52
7.2	Hvilke sterke sider og positive kvaliteter er typiske for barn eksponert for rusmidler i fosterlivet?	53
8	Hva slags behov har prenatalt ruseksponerte barn i skolen?.....	54
8.1	Atferdsvansker	54
8.1.1	Oppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet	54
8.1.2	Innagerende atferd	57
8.2	Kognitive vansker	58
8.2.1	Kognitiv svekkelse - Årsak til atferdsvansker?.....	60
8.3	Sosial kompetanse	60
8.4	Språkvansker	63
8.5	Samspill	63
8.6	Kjønnsforskjeller	65
8.7	Psykisk helse	66
9	Avsluttende refleksjoner	68
9.1	Veien videre	69
	Litteratur liste	71
10	Vedlegg – Forskningslitteratur	84
11	Vedlegg - Intervjuguide.....	88
12	Vedlegg – Godkjenning fra NSD	92
13	Vedlegg – Samtykkeerklæring.....	93

1 Innledning

Forståelsen av hva spesialpedagogisk virksomhet er endrer seg i takt med samfunnsmessige forhold. Det er ikke her kun snakk om metode i skolen, men et kontinuerlig utviklings- og fornyelsesarbeid (Morken, 2006). Dette er blant annet relatert til oppdagelsen av og videre forskning på vansker vi ikke visste årsaken til. Rusmiddelbruk eller misbruk har alltid vært til stede i de fleste samfunn, med både røyking av planter og konsumeringen av rusinnholdige drikker. Vissheten om at rusmiddelbruk under svangerskapet kan skade fosteret er allerede dokumentert i tidlige skrifter. For eksempel i Bibelen der gravide kvinner blir anbefalt å ikke drikke vin eller andre fermenterte drikker (Dommerne 13:4, Bibelen). I dag finnes er det godt dokumentert at barn eksponert for alkohol i fosterlivet har økt risiko for å utvikle vansker og alkoholbaserte skader (Moe, Siqveland, & Slinning, 2010). Barn som har blitt eksponert for andre type rusmidler ser også ut til å være i risiko for skjevutvikling og hjerneorganiske endringer, dog synes ikke skadene å være like omfattende.

De siste ti årene har spesialpedagogikk brakt med seg en fornyelse blant annet gjennom forskning (Askildt & Johnsen, 2008). Imidlertid gjenstår det en del kunnskap innen spesialpedagogikk som omhandler barn eksponert for andre rusmidler enn alkohol. Vår kompetanse om disse ruseksponerte barna kan derfor dra fordel av økt forskning og kunnskapsformidling. Barn som eksponeres for rus i svangerskapet fødes med en sårbarhet for utviklingsmessige forstyrrelser. Deres første møte med verden er ikke sjelden preget av abstinenser og kroppslig uro (Killén & Olofsson, 2003). Samtidig mangler vi fortsatt kunnskap om andre typer rusmidlers skadevirkninger på fosteret og hva som preger barn med vansker grunnet slike rusmidler (Moe et al., 2010). Utvikling av kunnskap og kompetanse rundt denne barnegruppen og deres spesialpedagogiske behov, fordrer som sagt informasjon om deres vansker og behov. Samtidig er det av særlig betydning å kartlegge hva som allerede foreligger av informasjon. Hensikten med masterprosjektet mitt vil derfor være å undersøke dette.

Jeg vil i første kapittel presentere bakgrunn for temavalg, temaets aktualitet og hvordan min nysgjerrighet rundt disse barna har utviklet seg til en problemstilling. Problemstillingen og prosjektets gitte føringer vil deretter bli presentert. Redegjørelse for relevante begreper brukt i oppgaven, og formålet med oppgaven vil bli lagt frem i kapittel to.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for mitt valg av tema til dette masterprosjektet er min forforståelse av barn som er prenatalt (i fosterlivet) eksponert for rusmidler. Denne forforståelsen har lagt premissene for videre utarbeidelse og avgrensning av tema. Arbeidserfaring fra Aline barnevernsenter har gitt meg innsikt i temaer og problemstillinger som jeg opplever ikke har blitt vektlagt ved spesialpedagogikkstudiet ved Universitetet i Oslo. Sped- og småbarnsfeltet har interessert meg særlig, spesielt siden denne tiden er svært viktig for videre utvikling og kommende skoleår. For å kunne legge tilrette på best mulig måte i barnehage og skole for et barn, er man nødt til å ha en viss oversikt og forståelse for hvordan utviklingen og de foregående årene til barnet har vært. På bakgrunn av egen arbeidserfaring opplever jeg at det å starte med “blanke ark”, derfor i mange tilfeller ikke er tilstrekkelig. Informasjon om barnets oppvekstvilkår og tidligere utvikling kan i noen tilfeller muligens være en forutsetning for å kunne gi barnet gode overganger og rask oppstart med tilrettelegging . Dette vil kunne være viktig for at lærere utvikler en forforståelse for eventuelle vansker barnet har, slik at toleransenivået kan heves. Lærere til ruseksponerte barn bør få vite hvilke vansker som man kan regne med kan vise seg. Disse barnas langtidsprognoser er dessverre svært lite belyst (Killén & Olofsson, 2003).

Ved Aline har jeg møtt mange små barn som har hatt en vanskelig start på livet grunnet eksponering for rusmidler i fosterlivet, da særlig opiater. Disse barna får en god oppfølging ved institusjonen ved at mor og/eller far får den støtten og veiledningen de har behov for. Derimot kan barnet få tilleggsvansker senere i livet som ofte gjør seg gjeldene i skoletiden. Her tenker jeg på vansker som ikke er grunnet prenatal alkoholeksponering, men vansker grunnet eksponering for andre typer rusmidler. Jeg opplever at kunnskap og kompetanse om disse potensielle vanskene er vanskelig å finne. For at disse barna skal bli møtt ut fra sine individuelle evner og forutsetninger, er det et behov for gode, kunnskapsrike fagfolk som vet hva barna har vært igjennom, hvilke vansker som kan forekomme, samt hvordan man kan legge til rette for barnets vekstvilkår på en best mulig måte. Derfor er det nettopp denne barnegruppen, samt kunnskapsutvikling om dem som utgjør fokus i dette masterprosjektet.

1.2 Temaets aktualitet

Samfunnet vårt har som mål å ha plass til og inkludere alle i både skole og samfunn (Morken, 2006). Med inkludering menes det et helhetlig mulighets-, lærings- og likeverdighetsperspektiv (Befring, 2008). Dette kan gjøres i skolen ved for eksempel å gi spesialpedagogisk støtte og hjelp til de som har behov for det. I følge Befring (2002) har det siden etableringen av statens spesiallærerhøyskole i 1961, vært en viktig målsetning at studiet skal være ”eit vesentleig aktivum for den kunnskapsmessige vidareutviklinga av eit fagområde” (s. 51). Videre forklarer han at for det spesialpedagogiske feltet, vil dette kunne innebære en fremgang i systematisk avklaring av de mange ukjente og uløste problemene som dette fagområdet rommer, både på det diagnostiske, terapeutiske og forebyggende plan. Til tross for at mye har skjedd på det spesialpedagogiske feltet siden 1961, kan det likevel se ut til at målsettingen Befring den gang uttalte er vel så aktuell i dag. Det finnes såkalte ”kunnskapshull” i det spesialpedagogiske feltet som omhandler ruseksponerte barn (ekskludert alkohol) (Killén & Olofsson, 2003). Jeg tolker det dit hen at det er en manglende kunnskap basert på valide forskningsdata, kompetanse blant lærere knyttet til disse barnas utvikling og videre skoleår. Det er av den grunn at jeg ønsker å granske kunnskapen på dette feltet, og forsøke å skaffe svar på eventuelle sekundærvansker og hva ruseksponerte barn kan ha behov for i skolen.

1.3 Problemutvikling og problemstilling

Opprinnelig hadde jeg til hensikt å intervjuere lærere og fosterforeldre/adoptivforeldre til barneskoleelever som hadde vært utsatt for rusmidler i fosterlivet. Informasjon gjennom slike intervju tenkte jeg ville gi meg detaljerte beskrivelser av hvordan skolen burde arbeide med tilrettelegging for slike elever. Dette viste seg å bli både tidkrevende og vanskelig med tanke på forskningsetiske hensyn. Jeg hadde flere samtaler med en saksbehandler ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som informerte meg om at ved intervju av fosterforeldre er det krav om samtykke fra biologisk mor for at lærere og fosterforeldre kan intervjues. Et spørsmål jeg stilte meg selv var om mitt arbeid og resultat ved en masteroppgave var verdt risikoen det var å la de eventuelle involverte intervjues. Med risiko, menes her å få samtykke av biologisk mor, rippe opp i mulige vonde tanker og ubearbeidede følelser. Samtidig reflekterte jeg over om dette var den beste metoden for å gi meg relevant informasjon. Etter å ha pratet med veileder og tenkt gjennom denne metoden og de konsekvenser den kunne utløse, besluttet jeg å gjøre om oppgaven til et litteraturstudie. På

den måten kunne jeg samle data som allerede finnes og således få en større innsikt uten å skape sårbare situasjoner for andre. Da forskning rundt disse barna er svært begrenset, bestemte jeg meg for at jeg i tillegg ville utføre et ekspertintervju, også kalt eliteintervju. Dette er et intervju av personer som har mer kunnskap, bedre kommunikasjonsferdigheter eller andre perspektiv i en definert populasjon (Gall, Gall, & Borg, 2007). Problemstillingen som gjennomsyret store deler av min forskningsprosess var: *"Tilrettelegging for barneskoleelever som har vært eksponert for rus (med unntak av alkohol) i svangerskapet"*. Underveis viste det seg imidlertid at dette kunne bli en litt snever innfallsvinkel, da det meste av forskningen som er gjort involverer alkoholeksponering i tillegg til andre rusmidler. Jeg har derfor i utvalgskriteriene valgt å utelukke forskningsartikler som inneholder kun eksponering for alkohol, men blandingsmisbruk er altså medregnet i dette prosjektet. Den endelige problemstillingen lyder således som følger:

"Hvilke vansker vil kunne være typiske for prenatalt ruseksponerte barn, og hvilke behov har disse barna i skolen?"

I tillegg til den overordnede problemstillingen, ble følgende forskningsspørsmål formulert:

- *"Hvilke følger kan rusmiddeleksponering i fosterlivet ha for barns utvikling etter småbarnsalderen?"*
- *"Hvilke behov har disse barna i skolen?"*

Hvordan utvidelsen av problemstillingen påvirker mine valg og videre avgrensninger vil bli presentert i kapittel som omhandler metode. Derimot vil jeg allerede her understreke at problemstillingen har hatt stor betydning for kategoriseringen av dataene. Svarene på problemstillingen vil også kunne medvirke til en større toleranse blant lærerne ovenfor barnet, selvforståelse hos barna selv og hvordan man tilrettelegger som lærer. Jeg har undret meg over en uklarhet rundt hvilke vansker man kan se hos disse barna i utviklingsforløpet, og vil dermed forsøke gjennom problemstillingen å avdekke kunnskap som gir et bedre grunnlag for en slik prediksjon. Funnene i dette prosjektet vil muligens kunne dekke noe av et slikt "kunnskapshull", og også avdekke hva og hvor det fortsatt er behov for mer informasjon.

1.4 Avgrensning

Masterprosjektets hovedfokus vil være typiske vansker ruseksponering i fosterlivet kan føre til hos barn i skolealder, og hvilke behov disse barna har. Formålet er å samle kunnskap som kan bidra til en forståelse og en forbedring av skoletilbudet til barn som har vært eksponert for rus i fosterlivet. Problemstillingen er som tidligere nevnt:

”Hvilke vansker vil kunne være typiske for prenatalt ruseksponerte barn, og hvilke behov har disse barna i skolen?”

Ettersom jeg har valgt å ekskludere alkohol som rusmiddel, dog ikke blandingsmisbruk, vil jeg ikke redegjøre i detalj for Føtale Alkohol Spektrum Forstyrrelser (FASD) og den kunnskapen som finnes om dette. Det som fremkommer senere om FASD er kun tatt med i det omfang det bidrar til forståelsen av hvilke vansker og behov som følger av en annen form for rusmiddeleksponering. Utvikling er en aktiv og dynamisk prosess, og tilknytningsteorier er noe jeg kunne presentert her for å vise til hvor viktig omsorgspersonens transaksjon med barnet er for dets utvikling. Tilknytning kan være en påvirkningsfaktor i forbindelse med barnets vansker, men dette valgte jeg bort med hensyn til prosjektets omfang og problemstilling.

1.5 Disposisjon

Denne oppgaven er inndelt i åtte kapitler etter de hovedelementer som speiler prosjektet best.

- Kapittel 1 -** er et innledende kapittel hvor jeg gjør rede for temaets *bakgrunn*, temaets *aktualitet* og *formål* for masterprosjektet, samt problemutvikling og *problemstillingene*.
- Kapittel 2 -** redegjør for de *begrep* og den *teori* jeg har funnet relevant for oppgavens fremgang og forståelse.
- Kapittel 3 -** skisserer oppgavens *teoretiske* forankring i forhold til vansker
- Kapittel 4 -** viser til oppgavens *vitenskapsteoretiske* og *metodiske* rammer. Her vil jeg også begrunne mine metodiske valg, redegjøre for hvilken *analysemetode* som er brukt, og hvordan det har formet prosessen og fremgangen i oppgaven.
- Kapittel 5 -** presenterer funnene fra *litteraturstudiet*. Funnene er kategorisert etter vanskeområder.

- Kapittel 6 -** presenterer funnene fra *eliteintervjuet*, samt trekker jeg noen linjer til funn fra litteraturstudiet. Funnene er kategorisert etter vanskeområder.
- Kapittel 7 -** vil belyse og *drøfte* funnene opp imot teori og aktualitet, for best å besvare problemstillingene.
- Kapittel 8 -** vil legge frem *avsluttende kommentarer* og tanker om veien videre

2 Teori, sentrale begrep og aktualitet

Jeg har valgt en todeling av teorien i dette prosjektet, for å skape en bedre oversikt, flyt og tydeliggjøre kompleksiteten rundt temaet. Den ene teoridelen inviterer leseren til et nivå hvor han eller hun bedre kan se det komplekse feltet rusmiddelbruk er. Dette mener jeg er viktig for å se helheten i masterprosjektet. Den andre teoridelen inneholder individuelle og kontekstuelle faktorer når det kommer til de potensielle vanskene hos prenatalt ruseksponerte barn. Her redegjør jeg for forebygging, tilpasset opplæring og spesialundervisning, samspill og atferdsvansker.

2.1 Rusmiddelbruk i Norge

Det er forskjell på bruk og misbruk av rusmidler. I det norske lovverket refereres det til hva som ansees som lovlige stoffer og hva som inngår i stoffer som er ulovlige. Et sentralt spørsmål er imidlertid hva som skiller en bruker av rusmidler fra en som misbruker rusmidler? Dette er trolig et tema som det alltid vil diskuteres omkring, det være seg mellom hjelpeapparatet og bruker, bruker og familie eller i politikken (Amundsen et al., 2010). Det er også en forskjell i diagnosekriteriene i ICD-10 vedrørende om en person med rusproblemer har rett til hjelp, hvor kriteriene er delt i *skadelig bruk* og *avhengighet* (Norge Helse- og, 2012). Mange vil oppfatte rusmiddelmisbruk i forhold til hvor ofte og hvor mye vedkommende ”bruker”. På bakgrunn av dette reiser det seg et nytt interessant spørsmål: Hvem bestemmer hva som er for ofte og for mye? Dette vil variere ut fra hvilket sosiale miljø og kultur vedkommende lever i. Dette vil også kunne forandre seg over tid. En annen faktor i dette henseende er ruseffekten, og hva den har å si for om vi kaller det rusmiddelmisbruk. Tobakk gir for eksempel liten ruseffekt, imidlertid kan bruk av tobakk være avhengighetsskapende. Dette kombinert med statusen røyking har i vår kultur, vil det ikke være vanlig å kalle tobakksrøyking for rusmiddelmisbruk. Derimot har det vist seg at tobakksrøyking kan forårsake store skader på kroppen, og det ufødte barnet (Rossow et al., 2010).

Loven skiller rusmiddelmisbruk ved lovligheten av de forskjellige rusmidlene, men dette skillet er mer historisk betinget enn basert på kunnskap om risiko og skader (Amundsen et al., 2010). Det er også slik at legale stoffer kan brukes på illegale måter, for eksempel ved promillekjøring og illegal bruk av legale reseptbelagte medisiner. Når det er sagt, er det en

nødvendighet å se rusmiddelbruk i et helhetsperspektiv. Med det menes at alle faktorer, slik som avhengighet, mengde, situasjon og lovlighet tas med i beregningen (Amundsen et al., 2010). Når det gjelder gravide kvinner må man i prinsippet se på ethvert inntak av rusmidler som misbruk, fordi muligheten for skade på fosteret er til stede selv når det er snakk om få og små inntak (Smith & Ulvund, 2004). En slik definisjon av rusmisbruk hos gravide kvinner innebærer en nulltoleranse for alle rusmidler, og understreker alvorligheten dette tema har.

Antall rusmiddelbrukere eller rusmiddelmisbrukere i Norge er vanskelig å anslå, imidlertid har Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS) gjennom undersøkelser tall som ligger mellom 66.500-377.000 når det gjelder stordrikkere (Edland-Gryt, 2012). I forbindelse med narkotiske stoffer viser undersøkelsene at i aldersgruppen 15-29 år (som i utgangspunktet er en alder mange bevisst eller ikke blir gravide), er antallet kvinner som de siste 6 månedene har brukt narkotisk stoff 19.000-43.000. I aldersgruppen 30-59 år er antallet kvinner 8.000-25.000. SIRUS har også undersøkt problembrukere (brukere som, ved injeksjon eller røyking eller begge deler, bruker heroin), hvor antallet er 6.600-12.300 i alt (Amundsen et al., 2010). Dette vil si at et stort antall kvinner i fruktbar alder ruser seg. Uheldigvis kan dette være både før og under en graviditet. Mange har ruset seg i lengre tid, hvor følgene av dette ofte er nedsatt helsetilstand og mindre observanhet ovenfor menneskers behov rundt seg (Olofsson & Lindemann, 2003). Dette vil kunne føre til et mindre optimalt samspill mellom mor og barn, i en situasjon der det barnet egentlig har behov for er det motsatte på grunn av en ekstra sårbarhet (Killén & Olofsson, 2003).

2.2 Rusens effekt på fosteret

Det å ha blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet er i seg selv ingen diagnose, men det er likevel mange som kan få sekundærvansker som følge av rusens effekt på fosterutviklingen. Undersøkelser på medfødte effekter av prenatal ruseksponering har vist at tydelige tegn kan sees hos 30 – 40 % av barna (Thormann & Guldborg, 1995). Det er dokumentert at en rekke rusmidler har betydning for fosterutviklingen, og disse omtales som teratogener (Smith & Ulvund, 2004). Termen teratogener kommer fra det greske ordet "teras", som betyr monster. Blant teratogener finner vi risikofaktorer som tobakksrøyking, alkohol, legemidler og narkotiske stoffer. Siden midten av 70-tallet og frem til i dag er det blitt dokumentert både nevrologiske og atferdsmessige følgetilstander av prenatal eksponering av slike stoffer. Forskning har blant annet vist at alkohol kan forårsake alvorlige og permanente fosterskader.

Betraktes dette ut i fra barnets perspektiv, vil alkohol helt klart være det farligste av alle rusmidler (Olofsson & Lindemann, 2003).

2.2.1 Alkoholens effekt på fosteret

Vissheten om skadelige virkninger av alkohol på fosteret har vært antatt å eksistere i århundrer. Imidlertid var det ikke før på slutten av 70-tallet at det forelå beskrivelser av et bestemt sett med kliniske mønstre forbundet med alkohol hos gravide (Olofsson & Lindemann, 2003). Disse skadene eller kliniske mønstrene, går inn under en internasjonal samlebetegnelse kalt Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). Disse omfatter Føtalt Alkoholsyndrom (FAS) og Føtale Alkohol Effekter (FAE) eller Del FAS, som det også kalles. De tre kategoriene som inngår i det kliniske mønsteret inneholder følgende elementer; uvanlige ansiktstrekk, vekstretardasjon og dysfunksjoner i sentralnervesystemet (Thormann, 2006). Forekomsten av FAS og andre alkoholrelaterte skader varierer fra 0,4 til 3 tilfeller per 1000 fødsler, noe som betyr at det i Norge fødes mellom 28 og 180 barn med FASD hvert år (Olofsson & Lindemann, 2003). Alkohol er en integrert del av vår kultur, og dermed også mest brukt av de forskjellige rusmidlene. Alkohol er også den mest vanlige årsaken til utviklingshemning i den vestlige verden (Haakansson & Melkeråen, 2007; Norge Helse- og, 2012), og er den eneste årsaken vi vet det går an å forebygge 100 %, ved å kun kutte ut alkohol under svangerskapet. I en undersøkelse gjort av Borgestadklinikken om hvilke rusmidler de gravide kvinnene brukte ved innleggelse, var derimot narkotika og legemidler det som forekom hyppigst ved 33,3 % (Eli Marie Wiig & Myholt, 2012). De fleste av kvinnene i undersøkelsen var blandingsmisbrukere (17 av 21 stk.). I en annen undersøkelse foretatt på Borgestadklinikken oppga kun 5% av de som var innlagt at de kun brukte alkohol under svangerskapet (Eli M. Wiig, 2013). Et spørsmål en kan stille seg er dermed; er de rusbaserte skadene vi tror er grunnet alkohol faktisk effekter av annen rusmiddeleksponering i fosterlivet?

2.2.2 Andre rusmidlers effekt på fosteret

Når det gjelder fosterskader forårsaket av andre rusmidler er det derimot ikke like veldokumentert forskning med hensyn til gjennomgående kliniske mønstre, derimot er narkotikaens skadevirkning på fosteret til dels godt dokumentert i den grad at vi vet det er skadelig (Haakansson & Melkeråen, 2007). Det vil være mange faktorer som spiller inn på de forskningsresultatene som finnes, som for eksempel at de nyfødte barna ikke har synlige tegn,

derav vanskelig å kartlegge årsaken til skadene dersom mor ikke frivillig oppgir inntak av stoffer, og at det som regel har vært et blandingsmisbruk (det er vanskelig å si hva som skyldes det bestemte rusmiddelet alene) (Tetzchner, 2001). Hva har vært den direkte årsaken til skadene? Det er nettopp det som gjør det vitenskapelige arbeidet rundt dette temaet så interessant, men samtidig så komplisert. Hva kommer først - arv, gener, miljø eller inntak av bestemte rusmidler? Oppfølgingsundersøkelser av disse barna blir ofte vanskeliggjort av en kaotisk livssituasjon hos mange av foreldrene, og usikkerhet rundt hvor mye en eventuell, mulig traumatisk, overførsel til fosterfamilie har å si for funn av sekundærvansker. Det som derimot er antydnet av sekundærvansker etter andre rusmidler er i følge Olofsson og Lindemann (2003):

- **Opioder** som **heroin** kan gi økt risiko for hjerneskade hos fosteret.
- **Kokain** og **amfetamin** kan også medføre hjerneskade, og i tillegg misdannelser hos fosteret, forstyrrelser i hjertefunksjonen og nevrologiske svekkelser.
- **Designerstoffer** som **Ice** og **Ecstasy** kan føre til forstyrrelser i hjernen og reguleringsvansker.
- **Hasj** og **Marihuana** har en forsterkende effekt i forbindelse med effekten av alkohol, ellers er det foreløpig motstridende meninger om deres effekt på fosteret.
- **Benzodiazepiner** (sovemedisin) gir blant annet en økt risiko for misdannelser i hjerne og nervesystem (ryggmarksbrokk og vannhode).
- **Antidepressiva** (SSRI – Selective Serotonin Reentry Inhibitors) har vist seg å føre til nevrologiske symptomer, altså nevrologiske svekkelser.
- **”Sniffing”** (organiske løsemidler) kan føre til misdannelser av samme karakter som alkohol med risiko for hjerneskade.

(Olofsson & Lindemann, 2003, pp. 46-54)

Med min forforståelse og utgangspunkt i det overstående, startet jeg altså min undersøkelse i dette feltet. Selv om mine problemstillinger handler om barnets vansker, vil jeg allikevel trekke frem hvordan hjelp den vordende moren og det ufødte fosteret får. Dette presenterer jeg for å vise til hvordan lovgivningen og prosedyren i dag er, og hvor vanskelig og komplisert dette bildet er både for den gravide og nettverket rundt.

2.3 Tiltak til rusavhengige kvinner i Norge

Kvinner begynner ikke å bruke rusmidler når de er gravide, det er heller slik at de som allerede bruker rusmidler blir gravide (Sparks, 1993). Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom flere lover forsøkt å legge til rette for at ufødte barn og deres rusmiddelmisbrukende mødre skal få den hjelpen og støtten de har behov for. I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §10-3, ”Tvangstiltak ovenfor rusmiddelavhengige” står det at rusavhengige gravide kan uten eget samtykke tas inn på institusjon og holdes der hele svangerskapet. Samtidig uttrykkes det at fylkesnemda skal ta stilling til om urinprøver av mor skal foretas under oppholdet. Dette kan kun bli utført;” dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig.” (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011). Dette tiltaket er også stadfestet i Spesialisthelsetjenesteloven §2-1a femte ledd, under tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 1999). Sundfær som har fulgt opp rusmisbrukende mødre og deres barn over 20 år sier; ”Erfaringene tilsier at kvinner med rusproblemer i svangerskapet bør sikres stabil og helhetlig støtte helt fra barnets fødsel.” (Sundfær, 2004, p. 124).

Det finnes institusjoner som tar imot gravide rusmiddelmisbrukere og tilbyr dem støtte og informasjon (Bakstad & Welle-Strand, 2012). Etter fødsel vil en NAS- skåre bli utført, altså en rangering av eventuelle abstinenser, og eventuell medisinsk nedtrapping ved bruk av morfin bli utført på spedbarnet. Etter opphold ved sykehuset vil mor/foreldre og barn kunne komme på institusjon igjen gjennom vedtak fra barnevernet. Her får mor og/eller far støtte og veiledning under utredning (Bakstad & Welle-Strand, 2012). På den måten sikres barnets første tid utenfor livmoren. Dersom barnevernet ser at foreldre har et fint samspill og at det ikke er ytterligere risiko for barnet å være i deres omsorg, vil de kunne ta med seg barnet hjem. Videre er det opp til barnevernet å følge opp, med hjelpetiltak dersom det er nødvendig.

2.3.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er et behandlingsprogram hvor rusmiddelavhengige kan få kontrollerte inntak av metadon eller buprenorfin (Haga, 2012). LAR behandling av gravide kvinner er et kontroversielt tema, som reiser både medisinske, juridiske og etiske spørsmål (Lorvik & Hansen, 2012). For de som er gravide og de som planlegger å stifte

familie, vil LAR behandling kunne være både en støtte og en redning (tvungen/tvangstiltak). Enheter innen tverrfaglig behandling gir i disse tilfeller veiledning og råd til fastlege, jordmor og helsesøster, og nedtrapping av LAR- medikamenter for å forhindre abstinenser hos barnet vil bli diskutert (Lorvik & Hansen, 2012). Abstinensene det her er snakk om blir omtalt som Neonatalt Abstinenssyndrom (NAS), og innebærer blant annet urolighet og reguleringsvansker (Thormann & Guldborg, 1995).

Forskning viser at metadon og buprenorfin påvirker fosteret på tilnærmet lik linje med andre rusmidler, men at spedbarna i noen tilfeller ofte får mer abstinenser i form av høyere og lengre varighet på gråtetokter i de tilfeller mor også har røyket tobakk under svangerskapet (Choo, Huestis, Schroeder, Shin, & Jones, 2004; Pizarro et al., 2011). Det som utgjør den største fordel ved bruk av LAR- medikamenter er at det er et jevnt og kontrollert inntak av medikamenter, hvor den vordende moren holder seg noenlunde stabil med et støtteapparat tilgjengelig. Det er blitt diskutert og forsket på buprenorfin og metadon, og deres virkning på fosteret, men hittil har det blitt anbefalt at man er under LAR- behandling gjennom graviditeten (Olofsson & Lindemann, 2003; Thormann & Guldborg, 1995).

I følge en rapport utredet på etterspørsel av Helsedirektoratet, viser det seg at estimert års kostnad fra graviditet blir oppdaget til barna når skolealder er ca. 52.500.000 NOK (Helsedirektoratet, 2011). Denne summen innebærer en stor grad av tverrfaglig hjelp og oppfølging, som er basert på nasjonale retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging til barnet når skolealder (Bakstad & Welle-Strand, 2012). Kan man da spørre seg om hvorfor det ikke er lagt noen retningslinjer for oppfølging av disse barna etter nådd skolealder? Vil det ikke muligens kunne være slik at samfunnet vil kunne tjene på å sette av penger i budsjettet for barnet som er i skolealder, når det er en risiko for omfattende effekter ovenfor det ufødte barnet på lang sikt? Det fødes ca. 40 barn årlig som har vært eksponert for enten buprenorfin eller metadon, og omtrent 60 % av disse barna igjen har vist seg å ha behandlingstrengende abstinenser etter fødsel (Moe et al., 2010). Trolig er det et like høyt eller høyere antall fødsler hvor det har vært prenatal eksponering for andre rusmidler. Når det gjelder de som ikke er i LAR behandling vil effektene på fosteret kunne innbefatte skader som oppstår også på grunn av lite kontrollert inntak, blant annet svingninger i dose, overdoser, generell dårlig ivaretagelse av helse osv. Når det er sagt, har jeg ikke funnet noe statistikk over hvor mange barn som blir født eksponert for rusmidler generelt i de generelle årsrapportene og annen forskning som ligger tilgjengelig. Verken Europeisk overvåkningscenter for narkotika

og narkotikabruk eller Statens institutt for rusmiddelforskning har tall som viser noe om de barna som er født påvirket av rusmidler, med unntak av de som er eksponert for alkohol (j.f kap.2..2.1).

Ved utgangen av 2011 fikk 6640 personer behandling gjennom Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge, og 123 personer sto på venteliste (Edland-Gryt, 2012). Dette er en økning på ca. 5000 personer de siste 10 årene, noe som viser både etterspørselen og det enorme behovet for en slik behandling. Forskning har vist, noe avhengig av inklusjonskriterier og rekrutteringsmiljø, en dødelighet på 1-2% i Europa blant de som bruker illegale rusmidler. Sammenliknet med befolkningen generelt er dette ca. 10-20 ganger høyere enn dødeligheten i samme aldersgruppe (Lauritzen, Ravndal, & Larsson, 2012).

Narkotikarelaterte dødsfall omfatter dødsfall som direkte eller indirekte skyldes bruk av narkotika (EMCDDA, 2011). Hvis man ser på antall narkotikadødsfall rapportert fra Kripos mellom 2000 og 2009, er det en klar nedgang (Kripos, 2009). Dette kan muligens sees i samsvar med LAR behandlingens oppgang. Med tanke på ivaretagelsen av gravide og deres ufødte barn vil jeg mene at LAR- behandling er et positivt tiltak frem til bedre alternativer er tilgjengelige.

3 Teorigrunnlag - i lys av vansker og tilrettelegging i barnehage og skole

For at leseren skal kunne forstå de valg jeg har tatt og bedre se og forstå resultatene i en spesialpedagogisk setting, har jeg besluttet å redegjøre for relevante temaer. Disse temaene er som tidligere nevnt forebygging, tilpasset opplæring og spesialundervisning, samspill og atferdsvansker. Dette er faktorer som jeg tenker er viktig å ha som bakgrunn for videre presentasjon av funn og drøfting, da de kan være til hjelp i å besvare problemstillingen.

3.1 Forebygging

Forebygging skal i følge Hagtvet og Horn (2008) forebygge en uønsket utvikling. Det dreier seg her om å forhindre en negativ utvikling og snu en ugunstig læringskurve. I et samfunnsperspektiv handler det om å bidra til et produktivt arbeidsliv. Forebyggende tiltak kan foregå på ulike nivåer; primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. Når det gjelder forebygging som spesialpedagogisk virkemiddel vil alltid tidlig forebygging være å foretrekke, enten det være seg primærforebygging som omhandler tiltak på et allment nivå, eller sekundærforebygging som handler om forebyggende tiltak rettet mot grupper der det er antatt risiko for forsinket eller avvikende utvikling. Tertiær forebygging er tiltak rettet mot problemer som allerede er identifisert og åpenbare (Hagtvet & Horn, 2008). Desto tidligere man iverksetter tiltak, desto større sjanse kan det være at man forebygger en uheldig utvikling. Imidlertid vil det også kunne bli en overproblematisering og føre til stigmatisering av eleven. Her handler det også om hvilke forventninger vi som fagpersoner har til eleven og hvilke forventninger eleven har til seg selv (Tetzchner, 2001). Allikevel vil det å sette i gang tidlig med forebyggende arbeid være positivt, fordi barnet da er i en positiv balanse og hjernen i optimal utvikling (Hagtvet & Horn, 2008). Tidlig forebygging er ressurs sparende og kan både hindre og minske negativ utvikling hos barn. I arbeidet med disse barna kan det sies at grunnet underrapportering, vil primærforebygging være til stor hjelp da det favner alle barn. Da det økonomisk og politisk sett er vanskelig å få dette igjennom, vil både sekundærforebygging og tertiærforebygging kunne hjelpe barn eksponert for rusmidler i fosterlivet. ”Det er aldri for tidlig å forebygge og aldri for sent å behandle”. (Loeber & Farrington(1998) i Ogden 2009, s. 167.)

3.2 Tilpasset opplæring og Spesialundervisning

I henhold til Ogden og Rygvold (2008), er alle tiltak som iverksettes i skolen for elever med særlige behov, spesialpedagogisk praksis. Det kan være vanskelig å avgrense det fra andre begreper som tilpasset eller tilrettelagt opplæring (T. R. Ogden, Anne-Lise, 2008). Dette vil i så måte kunne forstås slik at både tilpasset opplæring og spesialundervisning er spesialpedagogisk praksis, og ikke kun de tiltak som settes i gang for elever med individuell opplæringsplan. Tilpasset opplæring blir i Opplæringsloven (1998) §1-3 forklart som; ”Opplæringa skal tilpassast evnene og føresetnadene hjå den enkelte eleven, lærlingen og lære kandidaten.” Tilpasset opplæring gjelder dermed for alle elever. Spesialundervisning skal derimot i følge opplæringsloven tas i bruk når: ”Elevar som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet, har rett til spesialundervisning.” I denne sammenheng, blir tverrfaglig samarbeid og samarbeid med foresatte en viktig ressurs for å kunne hjelpe eleven best mulig. I tilfelle med barn utsatt for rusmidler i fosterlivet, vil forebygging og tilpasset opplæring kunne være av avgjørende karakter, i den grad spesialundervisning ikke behøves. Lærere kan gjennom praktiske, organisatoriske, pedagogiske og sosiale tiltak legge til rette for at disse barna vil få et optimalt opplæringstilbud i henhold til barnas behov og ressurser (T. R. Ogden, Anne-Lise, 2008). Den spesialpedagogiske praksisen vil alltid begynne med kartlegging, for så sette i gang tiltak som vil kunne fremme barnets utvikling. Tiltak rettes mot de områder barnet har behov for hjelp og støtte til, for eksempel fremme deres skolefaglig kompetanse eller styrke barnets sosial kompetanse. Deretter vil en evaluering av tiltak og fremgang måtte utføres, for igjen å kartlegge hvor barnet ligger an, om tiltakene har vært fruktbare og hva barnet har behov for videre

3.3 Betydningen av godt samspill

Samspill mellom mennesker er en komplisert prosess som medfører gjensidig regulering av atferd, overføring av kommunikasjon og en samhørighetsfølelse (Smith & Ulvund, 2004, p. 146). Samspill kjennetegnes ved at personene er synkronisert i de aktivitetene de deltar i, samt at de affektive uttrykkene er gjensidige. Det vil si at man kan forstå samspill som en måte å kommunisere på. Utvikling foregår i et finstilt samspill mellom arv og miljø, og ulike miljøfaktorer styrer og justerer de forutsetningene barnet har med seg (Hagtvet & Horn, 2008). Det vil si at barnet også bidrar til å skape hvordan miljøet møter han eller henne på gjennom utseende, temperament og sosialitet. Denne interaktive måten å se utvikling på blir

omtalt som en transaksjonsmodell der hovedelementet er selve samspillet mellom barnet og systemet rundt (Sameroff, 2009). Premissene som ligger til grunn for denne modellen er altså blant annet at: ”samspillet mellom et barn og dets omsorgspersoner er en form for toveistrafikk, det vil si at man må forstå både hvordan barnet reagerer på stimulering fra de voksne, og hvordan det har en effekt på de voksnes atferd” (Smith, 2010, p. 30). Fagpersoner bør derfor være bevisst sin egen atferd ovenfor barnet det gjelder og hvordan ens egen og barnets reaksjon på hverandres væremåte spiller inn på relasjonen, da samspillet dem imellom har stor påvirkning på relasjonen dem imellom.

Tetzchner (2001) viser til at de positive eller negative antakelsene læreren har om barn kan gi en effekt på hvor mye oppfølging og interesse læreren gir barnet, og videre påvirke hvordan barnet utvikler seg som følge av denne oppfølgingen. Denne effekten blir kalt Rosenthal-effekten eller Pygmalia-effekten, og kan være en annen måte se den gjensidige påvirkningen i ”toveistrafikken”. Samspill som spesialpedagogisk verktøy dreier seg om å skape en utviklingsbeskyttende kraft som kan skape den robusthet som kan bidra til å normalisere utviklingen på tross av uheldige påvirkninger og medfødt sårbarhet (Hagtvet & Horn, 2008). Samtidig må vi huske at det ikke er kun de voksne som påvirker barnet, men en toveistrafikk hvor både barn og lærer påvirker hverandre gjensidig over tid. Transaksjonsmodellen vil kunne forklare det samspillet og den relasjonen fagpersoner har med det ruseksponerte barnet. Dette samspillet vil kunne være av stor betydning både i lys av forebygging, støtte og tilrettelegging. I tilfelle med ruseksponerte barn som studier viser er sårbare (Carmody, Bennett, & Lewis, 2011), vil det være forebyggende å bruke denne ”toveistrafikken” som et positivt spesialpedagogisk verktøy i arbeidet med ruseksponerte barn. Samtidig må man huske på at de forventningene vi har til barnet, vil kunne være en prediksjon om deres videre utvikling, i henhold til Rosenthal-effekten.

Bronfenbrenners økologiske modell beskriver barns oppvekstmiljø sett i lys av flere miljøer eller systemer (Tetzchner, 2001). Disse systemene består av barnas nære, dagligdagse relasjoner (mikrosystem), forbindelsen mellom to eller flere av mikrosystemene (mesosystem), sosiale sammenhenger barnet ikke selv er en del av- slik som fjerne slektninger og foreldre til venner (eksosystem) og samfunnets institusjoner og lover (makrosystem). Det som skjer innenfor et system henger sammen med og påvirker det som skjer i de andre. Det vil si at det er en gjensidig påvirkning mellom disse systemene som til sammen utgjør barnets unike oppvekstmiljø (Tetzchner, 2001). De vanskene og behov som et

prenatalt ruseksponert barn vil kunne ha, vil dermed måtte sees i lys av alle disse systemene. Slikt sett samsvarer denne modellen med en hermeneutisk tilnærming hvor man ser både delene og helheten. Hermeneutisk tilnærming vil jeg redegjøre for i kapittel 4.

3.4 Atferdsvansker

Atferdsvansker har hatt mange betegnelser gjennom årene, slik som psykososiale problemer, problematferd og tilpasningsvansker (Ogden, 2009). I dag skiller vi mellom medisinskdiagnostisk og utviklingspsykologisk tilnærming, hvor medisindiagnostisk vil si atferd som faller innenfor diagnosekriteriene. Dette vil kunne være atferdsforstyrrelse, antisosiale handlinger og opposisjonell atferdsforstyrrelse. Utviklingspsykologisk beskrivelse av atferdsvansker vil være alt fra trivielle til de mest alvorlige atferdstypene. Det går altså et skille mellom enkle, moderate og alvorlige atferdsvansker, hvor man i forhold til skole vil se en atferdsvanske ut ifra om atferden er læringshemmende eller sosialt akseptert. Man kan derfor se på atferdsvansker som situasjonsbetinget, i forhold til om den avviker fra regler, normer og forventninger i den gitte situasjonen (Nordahl & Manger, 2005). Jeg velger å tolke atferdsvansker slik begrepet blir brukt av Terje Ogden (2008); ”fellesbetegnelse på atferd som skaper vansker for eleven selv, for samhandlingen med andre barn og voksne og for mestring av elevrollen” (s.135). Videre vil jeg redegjøre for ADHD og innagerende atferd, da jeg ser det som relevant for dette prosjektets problemstilling og videre besvarelse.

3.4.1 ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) er en atferdsdiagnose som kjennetegnes ved en kombinasjon av manglende utholdenhet, tendens til stadig skifte av aktivitet, dårlig tilpasset atferd med manglende oppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet (Berg, 2005; T. Ogden, 2008). For at diagnosekriteriene skal bli oppfylt, må symptomer på disse vanskene ha vist seg før barnet er fylt syv år og i minst to eller flere situasjoner. Imidlertid kan de ofte påvises allerede ved 3 års alder. Disse vanskene kommer forståelig nok, særlig til uttrykk i skolen. Barn med oppmerksomhetsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet har behov for en litt annen behandling i skolen, med større oppmuntringer og mer konsekvent tilnærming. Barn med ADHD har vist seg å være en høyrisikogruppe for utvikling av antisosial atferd og atferdsforstyrrelse (T. Ogden, 2008), noe som er den vanligste henvisningsårsaken til barne- og ungdomspsykiatrien (Berg, 2005). Elever trenger hjelp til å få kontroll over seg selv, slik at barnet unngår asosial atferd, kriminell atferd eller isolasjon uten venner. Et hovedelement i

denne hjelpen vil kunne bestå av iverksettende tiltak som etablerer struktur, klare grenser og forutsigbarhet. Dette vil hjelpe eleven til å få kontroll over situasjonen. Samarbeid mellom skole og hjem er en viktig faktor i denne behandlingen, slik at barnet opplever mest mulig forutsigbarhet i hverdagen. Både gutter og jenter kan ha ADHD, men jenter viser ikke alltid den utagerende og utfordrende atferden som man vanligvis ser hos gutter (Berg, 2005). Sandra Rief (2005) viser imidlertid til at ikke alle som viser symptomer på ADHD nødvendigvis har denne diagnosen. Det er flere forhold og faktorer som kan forårsake uoppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet. Blant annet viser hun til at FASD barn har symptomer som ser ut som eller likner ADHD (Rief, 2005). Her kan man muligens også trekke en parallell til barn eksponert for andre typer rusmidler også.

3.4.2 Innagerende atferd

Innagerende atferd er en måte sjenerte barn og unge uttrykker seg selv og sin selvoppfattelse, i samspill med andre og ulike situasjoner. Lund (2012) hevder at måten sjenanse kan påvirke relasjoner og samspill i skolen vil definere sjenanse som et atferdsproblem, og trekker her en linje mellom sjenanse og innagerende atferd. Sjenanse som atferdsvanske vil som motsats til utagerende atferd, derfor kunne kalles innagerende atferd. Undersøkelser har i løpet av de siste ti årene vist en forbindelse mellom sjenanse og problemer som sosial angst, depresjon, sosial fobi og unnvikende personlighetsforstyrrelse (I. Lund, 2012). Man vet altså at sjenanse assosieres med mentale, emosjonelle, atferdsmessige og sosiale vanskeligheter, imidlertid vet man mindre om forebyggende tiltak av slik atferd. Undersøkelser har vist at omfanget av utagerende- og innagerende atferd blant barn og unge er omtrent like stort (Nordahl & Manger, 2005). Derimot har hovedfokuset vært på de utagerende barna, da deres atferd som oftest krever umiddelbar handling fra lærere. Skolen stiller store krav til elever når det kommer til sosial samhandling i undervisningsøyemed, og skolesituasjoner kan derfor virke uoverkommelig for den innagerende eleven. Denne elevatferden krever dermed at læreren oppnår en god relasjon til den stille eleven og aktivt, i samarbeid med eleven styrker og arbeider med elevens indre emosjonelle uttrykk.

4 Metode

I følge Kleven (2002) starter forskning alltid med undring og konkrete spørsmål. Deretter fortsetter forskningen med å forsøke å belyse eller å besvare de spørsmål man har stilt seg. Jeg ville som tidligere nevnt finne mer ut om barn som har vært eksponert for rusmidler i fosterlivet. Hvilke sekundærvansker kan man regne med at disse barna vil kunne få? Hva slags behov har de i skolen? Befring (2002) foreslår noen sentrale stikkord for hva forskning er: oppdage, beskrive, analysere, dokumentere og forklare. Man kan dermed si at forskningsarbeid er preget både av kreativitet og systematikk. Et hovedkrav i forskning vil imidlertid alltid være troverdighet. For å skape mest mulig troverdighet er det derfor viktig å være bevisst egne valg av forskningsdesign og metoder. Hvilke valg av forskningsdesign og metode vil best kunne nærme seg det fenomenet man ønsker å studere?

I dette kapittelet beskrives vitenskapsteori og de metoder som er brukt i oppgaven. For å kunne besvare forskningsspørsmålene: *”Hvilke følger kan rusmiddeleksponering i fosterlivet ha for barns utvikling etter småbarnsalderen?”* og *”Hvilke behov har disse barna i skolen?”* best mulig, har jeg valgt en todeling av metodebruk. Først har jeg benyttet meg av et litteratursøk for å undersøke og belyse hva som finnes av relevant forskning. Deretter har jeg utført et eliteintervju for å få en innsikt i fagfolk sine vurderinger av både barnas vansker, ressurser og behov. Kriterier for utvelgning av litteratur og kilder har vært sentralt i arbeidet og det vil bli redegjort for de kriteriene som er lagt til grunn. Jeg vil nå presentere den vitenskapsteoretiske rammen for prosjektet og de forskningsmetodene som er brukt i intervjuet og i litteraturstudiets prosess.

4.1 Vitenskapsteoretisk ramme

Den vitenskapsfilosofiske teorien jeg har valgt å bruke omtales som hermeneutikk. Selve begrepet hermeneutikk kommer fra det greske ordet *hermeneus*, og betyr tolk eller fortolke (Hjardemaal, 2002). Det sentrale i hermeneutikken er vekselvirkningen mellom *del* og *helhet*. Dette vil si å forstå delene av det man undersøker ut i fra en helhet. Imidlertid blir helheten forståelig for oss kun gjennom forståelsen av delene. Denne vekselvirkningen blir kalt *den hermeneutiske sirkel*. Man kan også se på vekselvirkningen som en hermeneutisk spiral, ved at forståelsen av deler og helhet skaper en bedre forståelse for det man studerer for hver omdreining. Forståelsen blir dermed en dynamisk prosess. Grunnen til at jeg har valgt

nettopp denne tilnærmingen, er at ruseksponerte elever er en heterogen sammensatt gruppe hvor man blir nødt til å se på delene ved hele barnet og situasjonen for å kunne forstå helheten.

4.2 Kvalitativ tilnærming

”Å forske kvalitativt innebærer å forstå deltakerens perspektiv” (Postholm, 2010, p. 17).

Innenfor utdanningsvitenskap har kvalitativ forskning røtter i en rekke akademiske disipliner (Gall et al., 2007). Kvalitativ forskning har også blitt influert av den postmoderne tilnærmingen til utspørring, som avviser den objektive retningen til vitenskapelig bestrebelse ofte sett i kvantitativ tilnærming. Kvalitativ og kvantitativ orientert forskning disponerer hver sine metodetradisjoner, og det har vært spenning mellom representanter for kvalitativ og kvantitativ forskning i perioder (Fossåskaret, 1997). Imidlertid er det i dag et ønske om å forene disse, da tilnærmingene på hver sin måte arbeider med å finne svar på ulike spørsmål om sosiale fenomener, og bidrar med hvert sitt kunnskapsaspekt. Kvalitative metoder har gjort sitt fremspring de siste 20-30 årene, og det er en større forståelse for måten de to retningene kan utfylle hverandre på (Kleven, 2002). Den kvalitative forskeren nærmer seg sin forskning med utgangspunkt i et verdenssyn, med det menes at de har en forforståelse eller et sett av antakelser som styrer eller rettleider deres forskning (Postholm, 2010).

4.2.1 Forforståelse og fortolkningens prosess

Data blir ikke samlet inn, men skapes gjennom en fortolkende prosess (Aase, 1997). Det vil si at data ikke ligger der ventende på å bli hentet ut av forskeren, men skapes i møtet mellom forsker og det han undersøker. Wormnæs (2012) viser til at vi projiserer vår forståelse ut på verden, og at måten vi forstår noe på dermed har stor betydning for hvordan vi forholder oss til den. Vi stiller alle med en forhåndsforståelse av det vi møter, og det er nettopp dette som er viktig å ha med seg i arbeidet som forsker. Forforståelsen kan ha sitt opphav i livserfaring, fordommer, menneskesyn, vanetenkning og i studiet av emnet. Fuglseth (2004) understreker at all forskning må være selvreflekterende, og det er derfor vesentlig at forskeren er bevisst sin egen posisjon. Forforståelsen blir slik sett en del av helheten man må ha ta hensyn til. I forkant av datainnsamlingen skrev jeg derfor ned alt jeg visste omkring prosjektets tema, slik at jeg skulle være bevisst på min egen forforståelse. Måten jeg ordla meg på viste noe av min holdning til temaet, og hvilke sider av temaet jeg på grunn av forforståelsen min tenkte var viktig å undersøke. Mine egne tolkninger rundt forforståelsen ble også nedskrevet, slik at jeg

til en hver tid kunne gå tilbake å sjekke dersom jeg hadde grunn til å tro at tolkninger og prosjektets prosess ble påvirket av min holdning. På denne måten har jeg vært bevisst hvordan min for forståelse påvirker mitt møte med både intervjuobjekt og dataene jeg har innhentet gjennom litteratursøk, samt videre avgrensning og fokus.

4.2.2 Kvalitativt intervju og intervjuguide

Da jeg valgte å utføre et litteraturstudie, var det særlig viktig for meg å i tillegg få input fra noen som hadde nærhet til feltet. Ettersom jeg i min oppgave ville forsøke å få en viss nærhet til temaet gjennom et eliteintervju, ville det være naturlig å bruke kvalitativ metode. Jeg valgte et semistrukturert intervju, som gir mer fleksibilitet enn et formelt intervju hvor det er mindre rom for variasjon i svarene (Postholm, 2010). Dette vil kunne gi meg kunnskap jeg ellers ikke ville fått tak i. Kunnskapen hentet ut fra intervjuet vil også kunne få en dypere natur i forhold til forståelse i stedet for kun forklaring. Forskerens person og de subjektive elementene i analyseprosessen tillegges sterkere betydning innen kvalitativ metode (Kleven, 2002). Innen kvalitativ metode har en helhetlig vurdering sin styrke, noe som har vært sentralt i mitt arbeid av oppgaven. Jeg har gjort eksplorerende og hypotesedannende undersøkelser hvor kvalitativ metode gjør seg mest gjeldene. Med slike undersøkelser menes det beskrivende undersøkelser som tester spørsmål eller antakelser.

Jeg valgte som sagt et semistrukturert intervju, hvor intervjuguiden (Vedlegg 2) har et sett spørsmål som er formulert på forhånd, samtidig som det er en intervjuform hvor det gis anledning til videre utspørring og utdypelse av temaer (Dalen, 2011). De overordnede temaene baserte jeg på min daværende kunnskap om temaet og mine forskningsspørsmål. Hovedtemaene var som følger;

- 1. Dokumenterte vansker, 2. Vanskenes funksjon, 3. Attribueringer i forhold til vanskenes årsak, 4. Skole, 5. Tidligere hjelp, 6. Motivasjon og 7. Andre tema.*

Kategorien ”andre tema” ble formulert i den hensikt å fange opp informantens tanker, følelser og meninger utover de spørsmålene som jeg hadde forberedt, samt mulighet til utdypning av tidligere temaer.

4.2.3 Utvelgelse av informant

Utvelgelse av intervjuobjekt var en komplisert og treg prosess i seg selv, da de fleste innen dette feltet ikke betrakter seg selv som eksperter. Ansatte innen BUP, R-BUP og Statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped) sendte meg videre til andre personer de så på som mer kunnskapsrike enn seg selv. Etter å ha vært i kontakt med 9 personer som sendte meg videre, fikk jeg til slutt kontakt med en person med lang fartstid i feltet, som lot seg intervju. Denne personen har i mange år jobbet i Statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped) i en norsk storby med mye fokus på elever som har vært utsatt for rusmidler i fosterlivet. Personen har utgitt bøker og andre publikasjoner angående temaet, og er en pådriver for at fagfolk skal bli mer kunnskapsrike på dette området. Denne personen er nå pensjonert, og jeg fikk møte vedkommende i sitt hjem. Vi innledet intervjuet med en kopp te og fikk på den måten blitt litt kjent med hverandre. Han var godt forberedt, og hadde samlet informasjon i form av bøker, dvd'r, brosjyrer og aktuelle navn til meg. Intervjuet varte i 2 timer og 35 minutter, hvor intervjuguiden ofte ble lagt bort på grunn av engasjement og interessante diskusjoner. Så snart intervjuet var over og jeg var på egenhånd, skrev jeg ned mer utfyllende notater angående uuttalte svar som kroppsspråk og toneleie. Jeg transkriberte intervjuet innen en uke etter møtet.

4.3 Litteraturstudie

For å bidra med forskningskunnskap i det temaet man er interessert i, må man først gå igjennom det andre forskere har oppdaget (Gall et al., 2007). Man må altså basere sitt bidrag på tilstrekkelig kunnskap i feltet, både eldre etablerte studier og nyere forskning. Gall, Gall og Borg (2007) viser til flere formål ved et skikkelig utført litteraturstudie. For eksempel bør man i stedet for å søke bredt, avgrense omfanget av problemet for å gå mer i dybden av litteraturen. På den måten vil man kunne finne måter andre forskere har formulert fruktbare spørsmål innen et bredere interessefelt. I tillegg til å lete etter hva som allerede finnes av forskning, bør man også være oppmerksom på muligheten for forskning som har blitt oversett. Finner man slike hull, vil denne innsikten kunne resultere i ny forskningsinteresse. Derimot skal man unngå resultatløse tilnærminger, som for eksempel like studier over flere år som alle har kommet frem til manglende resultater. Finner man mange slike studier viser det at forskere ikke har gjort en adekvat gjennomgang av litteraturen. Ved å lete igjennom forskeres diskusjoner og anbefalinger til videre studier, vil man få en innsikt i hva slags kunnskap det fremdeles er behov for å innhente (Gall et al., 2007). Metode for litteratursøk

kan bli sett på som fire steg: søk etter *preliminary sources*, bruk *secondary sources*, les *primary sources* og *synthesize the literature* (Gall et al., 2007). *Preliminary sources*, er foreløpige kilder som fungerer som et hjelpemiddel i den videre prosessen. *Secondary sources*, vil kunne være andres relevante vurderinger av problemstillingen din. *Primary sources*, er i dette henseende dokumenter skrevet av de som faktisk utførte forskningen, mens *Synthesize the literature* vil si å fremstille eller sammenfatte mitt eget produkt. Hvordan dette har blitt gjort vil jeg utdype mer nedenfor i kapittel 4.3.1.

4.3.1 Litteratursøkets prosess

Før jeg startet litteratursøket, skrev jeg ned min forhåndskunnskap om temaet. Som tidligere nevnt var dette for å gjøre meg bevisst på min egen kunnskap og holdninger til temaet. Universitetet har en database for alle masteroppgaver, og før jeg bestemte meg for en problemstilling søkte jeg i denne. Dette for å unngå å utføre et arbeid som allerede er gjort, og for å se interessen rundt temaet jeg hadde valgt. Det viste seg å være nærmest ikke-eksisterende. Jeg baserte meg på ”Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten” (Kunnskapssenteret, 2011), hvor jeg har brukt metodiske prinsipper for litteratursøk. Omfattende søk etter litteratur styrker oversiktens validitet, og grundigheten og fremgangsmåten i litteratursøket skiller en tradisjonell oversikt fra et systematisk godt utført litteraturstudie (Kunnskapssenteret, 2011). I tillegg til Kunnskapssenterets prinsipper har Gall et. al. (2007) sine metoder for litteratursøk vært en rettesnor i arbeidet med innhenting og strukturering av data. Da jeg gjorde mine søk i *preliminary sources*, søkte jeg i Universitetsbibliotekets nettbase, GoogleScholar, Google, SIRUS’ bibliotek og R-BUP sitt bibliotek. Her fant jeg en rekke bøker, artikler og andre publikasjoner. I disse *preliminary sources* fant jeg en mengde *secondary sources*, som jeg gikk igjennom for å finne *primary sources*. Det vil si at jeg gikk igjennom litteraturhenvisningene og fant publikasjoner skrevet av de som faktisk har utført studiet eller formulert teorier. Gjennom denne prosessen fant jeg mange relevante bøker og rapporter som ga meg innsyn i hvilke ord og begrep som ble brukt angående ruseksponerte barn. Dette ble viktig i den neste delen av litteratursøket og utvalgskriteriene jeg brukte.

4.3.2 Utvalgprosessen og utvalgskriterier

I denne prosessen identifiserte jeg hvilke databaser som var velegnet for mitt vedkommende, og foretok systematiske søk. Her var det viktig for meg å bruke en hensiktsmessig

søkestrategi basert på økt *sensitivitet*, *spesifitet* og *presisjon* (Kunnskapssenteret, 2011). Dette gjorde jeg for å avgrense søk i forhold til min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Jeg har identifisert utvalgskriterier og valgt studier som inneholder de kriteriene. Utvalgskriteriene var som følger:

1. Må inneholde ruseksponering i fosterlivet
2. Må inneholde undersøkelse av en effekt av ruseksponeringen
3. Må inneholde aldersgruppen 3 år og oppover
4. Kan ikke inneholde eksponering kun for alkohol

Forskningsartikler som omhandlet rusmiddeleksponeringsforskning på dyr (de fleste er hovedsakelig på rotter), ble utelukket. Resultatbeskrivelsene i dyrestudiene er på et slikt nivå at jeg som masterstudent i spesialpedagogikk ikke strekker til. I forskningsstudier på mennesker får man også et mer nøyaktig bilde av nåtidens forskningsdilemmaer rundt denne barnegruppen.

Jeg brukte Universitetsbibliotekets fagressurser til å søke; ”ERIC”, ”Psychinfo”, ”ISI-Web of knowledge” og ”Medline”. Disse databasene ble jeg anbefalt etter et søkekurs på Universitetsbiblioteket. Jeg startet med å skrive ned alle ord og begrep som kunne tenkes å sammenfalle med publikasjoner om emnet, både på norsk og engelsk. Det viste seg at alle publikasjonene var skrevet på engelsk, med unntak av noen svært få på norsk og tysk. Etter å printet ut alle og lest igjennom dem, skrev jeg på nytt ned ord og begreper. Denne gangen ord og begrep som hadde vist seg å gå igjen som sekundærvansker for barn eksponert for rus i fosterlivet. Mange av søkeordene kom til etter hvert under søkearbeidet, da relevante artikler jeg fant brukte nettopp disse begrepene. De fleste søkeordene har jeg søkt på både alene og kombinert med hverandre. Avgrensningsfunksjon av alder er også brukt, for å begrense søkene fra førskole til voksenlivet. Dette for å utelukke litteratur angående neonaltalt abstinenssyndrom og spedbarnsalderen. Funksjonene *related articles* og *cited* har hjulpet meg å finne litteratur i databasen jeg ikke nødvendigvis ville søkt etter selv.

Da mye av litteraturen er basert på internasjonale studier, har jeg i tillegg tatt kontakt med flere norske forskere. De har sendt meg referanser til annen litteratur basert på norske studier. Dette tenkte jeg ville bidra til en innsikt om hva norsk forskningsmiljø har interessert seg for i dette feltet. Det viste seg underveis i prosessen at rusmiddeleksponering (ekskludert

alkohol) og hvilken effekt det kan ha på fosteret, er lite forsket på sammenliknet med for eksempel kun kokain- og alkoholeksponering. Jeg så det derfor som nødvendig å utvide søket til polydrug-eksponering, altså blandingsmisbruk, noe som også kunne innbefatte alkohol. Dette for å kunne finne relevante og viktige studier jeg ellers ville ha oversett, samt for å innhente kunnskap som favner en større populasjon. Jeg tenkte at for å få et mest mulig nøyaktig helhetsbilde knyttet til temaet, ville det kunne gagne meg å i tillegg lete i utkanten av granskningsområdet. Dette er i samsvar med Gall, Gall og Borg (2007) sin understreking av å finne hull i forskningen. For å skape en god og strukturert oversikt over litteratursøket til videre arbeid, har jeg brukt programmet Endnote som gjør det enkelt å finne tilbake til og kategorisere dataene.

Søkeordene jeg brukte i prosessen var:

Neonatalt abstinenssyndrom, prenatal ruseksponering, perinatal ruseksponering, utvikling, effekter, ruseffekter, langtidseffekter, sekundærvansker, senvansker, senskader, neonatal abstinence syndrome, drug withdrawal, neonatal withdrawal, perinatal substance abuse, prenatal exposure, prenatal drug exposure, neonatal drug withdrawal, diseases of the newborn, long term effects, development, long term development, long term outcomes, school, behavior, behavioral deficit, attention, arousal, affect, action, four a's, adhd, regulatory disorder, biomedical risk, developmental lags, developmental problems, cumulative risk, cognitive, cognitive function, perceptual performance, vulnerability, congruence, social skills, problem behavior, externalizing behavior, delinquent behavior, disruptive behavior, attachment, learning behavior, cognitive deficits og adaptive skills.

4.1 Analyse og tolkning

I analysen av innsamlet datamaterialet, baserte jeg min analyse på *Interpretational analysis* (Gall et al., 2007). Dette betyr i hovedsak at gjennom å undersøke dataene nøye, kan man finne temaer, mønstre og konstruksjoner. Disse kan bli brukt til å beskrive eller forklare det fenomenet som er studert. Det første steget i denne form for analyse er å samle all data, deretter utvikler man kategorier. I henhold til Gall et al. (2007) er kategoriene et av de mest kritiske stegene i analysen, og bør omfatte og oppsummere dataene på en tilstrekkelig måte. Underkategorier representerer forskjellige grader eller nivåer av temaer som dukker opp.

Denne prosessen av kategoriutvikling er i samsvar med prinsippene for Grounded Theory, som jeg har brukt som analysemetode.

4.1.1 Grounded Theory (GT)

I følge Denzin (1994) er Grounded Theory (GT) den mest brukte kvalitative tolkningsrammen innen samfunnsvitenskap (ref. i Alvesson & Sköldberg, 2009). Dette blir også bekreftet av Martin & Gynnhild i *Grounded Theory. The philosophy, method and work of Barney Glaser* (2012). Denne metoden går ut i fra prinsippet om at jo mer en teori er basert på grunnleggende data, desto mer kontrollerbar vil det teoretiske fotfeste være. Dette gjør jeg ved at mitt litteraturstudie er basert på tilgjengelig forskningsstudier. GT analyse vil som tidligere nevnt si at man starter med å ordne data inn i kategorier, noe jeg har gjort både i litteraturstudiet og i eliteintervjuet. Dette blir også omtalt som koding. Deretter ser man på hvilke kvaliteter (properties) de forskjellige kategoriene har (Alvesson & Sköldberg, 2009).

Jeg utførte intervjuet først, for så og kode litteraturen. Dette gjorde jeg på bakgrunn av Thomas (2012) sin forklaring at det er best å kode litteraturen etter de konseptuelle kategoriene er laget. De konseptuelle kategoriene er her de overordnede temaene jeg hadde i intervjuguiden. På denne måten ble det også enklere å dobbeltsjekke om de første kategoriene var gode nok, og om litteraturen (innsamlede forskningen) tok for seg de samme områdene som informanten. GT kan bli brukt både i kvalitativ og kvantitativ forskning, og begge forskningstradisjonene trenger noen som kan trekke konklusjoner fra resultatene og til å gjøre noe med det (Gummesson, 2012). Jeg gjorde både et litteraturstudie og utførte et eliteintervju, hvor jeg ville danne noen hypoteser ut i fra funnene. Jeg så derfor på GT som en fruktbar metode og som en rettesnor i prosessen. GT er i følge Rosenbaum (2012) en induktiv metodologi som resulterer i teorigeneralisering, inkludert hypoteser som kan bli empirisk verifisert i en senere studie. Da jeg var ute etter nettopp hypoteser som kan verifiseres innen feltet jeg forsker på, var det derfor naturlig for meg å velge denne metoden i analysen min.

4.2 Kvalitetsvurdering

4.2.1 Validitet

Validitet er et annet ord for sannhet (Silverman, 2000), og viser til om resultatene er gyldige og måler det som var intensjonen (Gall et al., 2007). Er funnene fra litteraturstudiet og eliteintervjuet sanne, altså gyldige? For å validere dette må man se tilbake på

sammenhengene i funnene. Sammenheng betyr ikke det samme som samvariasjon, men at forhold endres avhengig av hverandre (Jacobsen, 2000). For at jeg skal kunne validere litteraturstudiet må tre krav tilfredstilles; samvariasjon, tidsrekkefølge og kontroll for andre forhold. Forskerne som står bak de undersøkte studiene har selv vist til samvariasjon. Tidsrekkefølgen er klar, da effektene blir undersøkt etter eksponeringen for rusmidler. Da dette er vitenskapelige artikler hvor det foreligger krav om validitet, så jeg på disse som valide. Derimot kontrollerte ikke alle studiene for andre forhold, imidlertid reflekterte de aller fleste over nettopp andre forhold som en mulig årsak til, eller en tilleggsårsak til effektene som ble funnet hos de ruseksponerte barna. Den indre validiteten i min oppgave vil kunne sies å være tilfredsstillende, da det jeg fant ikke er blitt truet av andre variabler i min prosess og forskningen litteraturstudiet er basert på er valide i den grad det er mulig.

Det å være for lite opplyst på forskningsfeltet, og eventuelt komme med en negativ sammenheng i stedet for å være objektiv er en fare. Dette kan bli kalt ”naiv empirisme”, og viser til at det en legger frem ikke er valid (Alvesson & Sköldberg, 2008). Jeg har så langt det er mulig forsøkt å være bevisst på at de resultatene jeg trekker frem og fremlegger i dette prosjektet er objektive. Jeg har gått gjennom forskningsdataene, både fra intervjuet og litteraturstudiet, og valgt ut data som jeg mener viser til et riktig bilde av det som finnes av forskning på feltet. Ved de forskningsstudiene jeg presenter som antyder at flere faktorer kan ha virket inn på effektene hos det ruseksponerte barnet, har jeg også lagt frem dette aspektet.

Ekstern gyldighet viser til generalisering av funnene (Jacobsen, 2000). Et kvalitativt utvalg skal kunne være representativt for en større populasjon, slik at man kan generalisere forskningsresultatet hos en gruppe mennesker til hele populasjonen det gjelder. Derimot vil det sannsynligvis ikke alltid være 100 % representativt, grunnet tilfeldige feil og skjevt utvalg hvor man for eksempel har mistet interessante mennesker. Dette vil kunne være en faktor ved ekstern gyldighet i litteraturstudiet mitt, men samtidig forhold jeg ikke råder over. Derimot kan man se på generalisering som todelt (T. Lund, 2002). Dersom prosjektet kan foreta generaliseringer til bestemte individer, situasjoner eller tider, og over- generaliseringer som vil si hvor bredt det kan generaliseres har prosjektet ytre validitet (T. Lund, 2002). Jeg mener at funnene fra dette prosjektet vil kunne tenkes å generalisere til en bestemt risikogruppe, i en viss aldersgruppe og i en skolesituasjon, men ikke bredt i den forstand at alle i denne barnegruppen vil kunne tenkes å ha vansker. Derfor vil jeg si at prosjektet kun har til dels god ytre validitet, altså ekstern gyldighet.

Den dataen som har blitt hentet ut av intervjuet er representativt for resten av det informanten forteller, imidlertid tolker jeg hans stemme videre og denne tolkningen ville kunne vært forskjellig fra person til person. I dette henseende vil validiteten kunne diskuteres (Silverman, 2000). Validiteten i kvalitative data er ikke et resultat av likegyldighet, men av personenes integritet, altså personlige kommunikasjon (Maxwell, 2009). Forforståelsen har jeg vært bevisst på gjennom hele prosessen, og i den grad det har vært mulig har jeg vært objektiv i mitt møte med datainformasjonen. Ved å diskutere min forforståelse og vise til forskningsstudiers resultat, har jeg på den måten vist til min integritet. Det er ingen interessekonflikt i denne oppgaven, da jeg ikke har noen økonomisk eller personlig relasjon til personer eller organisasjoner som upassende kan ha influert arbeidet mitt.

4.2.2 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Dette kan sees i sammenheng med om resultatene fra forskningen kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere (Kvale, Brinkmann, & Anderssen, 2009). I dette masterprosjektet er fremgangsmåten til prosjektet grundig gjort rede for, og kan dermed utføres på samme måte av andre forskere. Derimot vil det bli funnet nyere forskning, og et nytt forskningsprosjekt av lik art vil derfor bli en oppdatert versjon av dette studiet. Dette vil også gjelde eliteintervjuet til en viss grad. Imidlertid vil kravet om at studiets fremgangsmåte skal kunne etterprøves nøyaktig av andre kunne bli vanskelig, særlig med hensyn til analyse av datamaterialet (Dalen, 2011). På grunn av dette vil mange oppfatte reliabilitetsspørsmålet som et lite egnet begrep innenfor kvalitativ forskning, og man kan undre på om reproduksjon av dette masterprosjektet faktisk er reliabelt. I følge Dalen (2011) skal en annen forsker i prinsippet kunne ta på seg de samme forskerbrillene ved en tenkt gjennomføring av det aktuelle prosjektet for å vise til reliabilitet. Jeg vil med Dalens premisser anse reliabiliteten ved dette prosjektet som tilfredsstillende ut ifra den grundige redegjørelsen av forskningsprosessen som gjør at leseren kan følge de ulike trinnene. En svakhet i reliabiliteten ved dette prosjektet vil kunne hevdes å være at det kun er utført ett eliteintervju, og at jeg dermed ikke viser til flere perspektiver.

4.3 Forskningsetiske hensyn

I henhold til Ringdal (2001) er forskningsetikk de grunnleggende moralnormene vi har for vitenskapelig praksis. Vitenskapens mål er å øke den vitenskapelig baserte kunnskap i samfunnet, og da er det viktig å følge de fire normene som utgjør vitenskapens ånd: universalisme, kommunisme, redelighet (engelsk: disinterestedness) og organisert skepsis. Universalisme vil si at man som en enkelt forsker ikke kan forstås isolert fra samfunnet, og at det derfor kan oppstå konflikter om kravet om universalisme der det ikke blir mulig. Kommunisme forstås som at forskningsresultater må deles med alle, imidlertid kan dette komme i konflikt med nasjonal sikkerhet eller økonomiske interesser. Redelighetsnormen betyr at forskeren ikke skal jukse eller ty til noen form for uredelighet. Organisert skepsis vil si at forskeren bør gå i gjennom andres arbeider med et kritisk utgangspunkt, for på den måten å avdekke feil og misforståelser.

Med utgangspunkt i De nasjonale forskningsetiske komiteer for samfunnsvitenskap og humanioras (NESH), vil jeg her belyse de forskningsetiske vurderinger som er blitt gjort i oppgaveprosessen. Da jeg har tatt utgangspunkt i kilder som allerede er nedskrevet og tilgjengelige i litteratursøket, har jeg ikke behovd å beskytte kildene like nitidig. Det vil allikevel ligge et etisk ansvar knyttet til utvelging av undersøkelsesenheter (Ringdal, 2001). I forhold til intervjuet har jeg fulgt de etiske reglene NESH legger til grunn for å få godkjent et eliteintervju. Kravet om informert samtykke, anonymisering, innsynsrett og taushetsplikt blir alle ivaretatt. Man må forsøke å unngå både tilsiktet og utilsiktede feil, slik at forskningen blir så sannferdig og etisk troverdig som mulig (Befring, 2002). Ved å følge kriteriene for vurdering av kildenes kvalitet, vil jeg best sikre validitet og troverdighet i forhold til datamaterialet. Forskning foregår ikke i et sosialt vakuum (Ringdal, 2001), og man kan ofte bli farget av andres verdier og prioriteringer samt sin egen forforståelse. Dette er faktorer som kan påvirke valg av data, tolkning og presentasjon av resultater, og derfor noe forskeren bør være oppmerksom på. Som tidligere nevnt tok jeg tak i dette tidlig i oppgaveprosessen ved å skrive ned min forforståelse rundt temaet, og dens betydning har ligget langt fremme i min bevissthet gjennom hele prosessen.

Oppsummering av metodekapittelet

I dette kapittelet har jeg redegjort for hvordan jeg gikk frem i forskningsprosjektet, ved å presentere det forskningsdesign og de metoder jeg har tatt i bruk. Med hensyn til de vanskeligheter jeg har møtt underveis i prosjektet og de mange omveier og forandringer jeg har tatt, så jeg meg nødt til å grundig redegjøre for dette. Jeg mener det kommer godt frem hvordan prosessen har vært og at det vil kunne hjelpe leseren til å forstå de valg og avgrensninger jeg har foretatt.

5 Presentasjon av Litteraturstudiet

Med tanke på det første forskningsspørsmålet mitt; ”Hvilke følger kan rusmiddeleksponering i fosterlivet ha for barns utvikling etter småbarnsalderen?” satte jeg i gang med litteratursøket. Som nevnt tidligere i metodekapittelet, anvendte jeg forskjellige søkemotorer, databaser samt tok kontakt med personer som sendte meg relevante artikler. Jeg begynte med å søke på *neonatal abstinence syndrome*, hvor jeg fikk 82 treff. Da jeg søkte på *neonatal withdrawal* fikk jeg kun 37 treff. Dette sier noe om hvor lite det er forsket på dette feltet generelt. To hundre og fem treff fikk jeg da jeg søkte på *long term development*, noe som også er ganske lite forskning sett i forebyggingsøyemed og i forhold til tiltaksarbeid. Da jeg søkte på *Neonatal withdrawal* og *development* samtidig, fikk jeg 27 treff. Dette ville kunne være relevant forskning for mitt prosjekt, men etter å ha lest meg igjennom dem måtte jeg derimot innse at svært få møtte kriteriene mine. Jeg fortsatte å søke med nye ord og begrep jeg lærte underveis i litteratursøket, både sammen og med avgrensninger. Nå begynte det egentlige arbeidet – hva av relevans hadde jeg funnet, og hva kunne all dataen fortelle meg?

Det var 39 studier som oppfylte de kriteriene jeg hadde satt opp, og er dermed tatt med i dette litteraturstudiet. Kriteriene var som tidligere nevnt;

1. Må inneholde ruseksponering i fosterlivet
2. Må inneholde undersøkelse av en effekt av ruseksponeringen
3. Må inneholde aldersgruppen 3 år og oppover
4. Kan ikke inneholde eksponering kun for alkohol

Disse kriteriene baserte jeg på grunnlag av relevans til oppgavens første problemstilling.

- ”Hvilke følger kan rusmiddeleksponering i fosterlivet ha for barns utvikling etter småbarnsalderen?”

De fleste studiene dekker prenatal kokain eksponering, imidlertid er også andre rusmidler slik som opiat, marihuana og blandingsmisbruk studert. Det kan hende det finnes forskningsartikler jeg ikke har klart å finne, eller som leseren finner uvanlig eller rart ikke er med i datapresentasjonen. Dette må sees i sammenheng med tidsaspektet på masterprosjektet,

og hensyn til avgrensning av både oppgavens lengde og tema. Full oversikt over artiklene som er med i datapresentasjonen finnes i Vedlegg 1.

Analysemetoden jeg har brukt er som sagt Grounded Theory. Det er en tematisk analyse med kategorisering og systematisering av informasjonsdata, for deretter å hente ut forskningsresultater relevante for min oppgave (Corbin & Strauss, 2008). For å kategorisere temaer, har jeg først sett etter hvilke temaer som gjentar seg. Temaene må også være adskilt fra hverandre, til tross for at en viss grad av overlapping er uunngåelig (N. King & Horrocks, 2010). Jeg vil nå legge frem funnene fra litteratursøket fordelt etter vanskekategorier. Følgende kategorier som presenteres er; atferdsvansker, kognitive vansker, språkvansker og kjønnsforskjeller. Kategoriene er basert på resultatene fra forskningen som oppfylte mine kriterier, i tråd med Grounded Theory analyse (jf. Kap.4.1.1). Funnene fra litteraturstudiet vil bli presentert slik de står skrevet i litteraturen, mens videre utdyping og forklaring av hva vanskene har å si for skolehverdagen til elevene vil drøftes senere i oppgaven.

5.1 Atferdsvansker

Jeg fant 22 relevante forskningsartikler som tok for seg atferd og prenatal eksponering for rusmidler. Det varierte mye mellom hvilke rusmidler som var brukt under svangerskapet, alder på barna under undersøkelsene og hvilke andre variabler slik som miljø og arv som var tatt hensyn til, eller spilte en signifikant rolle på resultatene. Atferdsvansker hos disse barna var gjennomgående et signifikant resultat alt tatt i betraktning. Hypotesen om at prentatal ruseksponering forårsaker endringer innen det nevrologiske som påvirker utviklingen til barna gikk igjen i mange artikler (Elgen, Bruaroy, & Laegreid, 2007; Li et al., 2009; Richardson, Goldschmidt, Leech, & Willford, 2011). Et interessant aspekt var resultatene i en undersøkelse gjort i Norge som tok for seg både barn innen FASD og barn utsatt for andre rusmidler. Dette studiet viste til at barn utsatt for andre rusmidler hadde en økt risiko for NAS, imidlertid så de ut til å være somatisk friske. Derimot møtte nesten alle barna kriteriene for diagnosen ADHD, som igjen viser til en svekkelse i det nevrologiske (Elgen et al., 2007).

Et studie foretatt ved 3, 5 og 7 års alderen til barn utsatt for kokain eksponering i fosterlivet viste at barna hadde svekket våkenhet og oppmerksomhetsregulering. Svekkelser i oppmerksomhetsprosesseringen kan ha viktige implikasjoner for langtidslæring, hukommelse og eksekutive funksjoner, med forgreininger til akademisk og sosial tilpasning (Bandstra,

Morrow, Anthony, Accornero, & Fried, 2001). Et forskningsstudie undersøkte ruseksponerte fosterhjemsbarn med en gjennomsnittsalder på ca. 6 år. Funnene viste at barna hadde høyere forekomst av atferdsvansker, sammenliknet med ikke-eksponerte barn i fosterhjem. Barna i studiet hadde en uforholdsmessig risiko for utviklings- og atferdsvansker (McNichol & Tash, 2001). Prenatal ruseksponering var assosiert med atferdsdysregulering ved 8/9 års alderen, og de unge kan bli stadig mer dysregulert gjennom oppveksten (Fisher et al., 2011). I Fisher sitt studie, hadde kun de som hadde atferdsvansker da de kom inn i puberteten sannsynlighet for å oppleve problemer med eksekutive funksjoner. Et studie om 7 åringer som var blitt eksponert for kokain, viste til signifikant økning i skårene for internalisert atferd og oppmerksomhetsvansker over tid, sammenliknet med kontrollgruppen (Bada et al., 2011). En longitudinell studie hvor de brukte Pediatric Symptom Checklist (PSC) for å teste kokaineksponerte barn ved 8, 9, 10 og 11 års alderen, viste at barna hadde mer utagerende atferd, og at tidligere resultater kunne predikere senere atferdsutvikling (Whitaker et al., 2011). Dette studiet viste også at de barna som hadde blitt eksponert for tobakk i fosterlivet hadde en forhøyet identifikasjon av atferdsvansker, noe som støtter funnene fra undersøkelsen utført på 4, 6 og 9 åringer i 2010 og undersøkelsen utført på 4 åringer i Trondheim i 2012 (Ellis, Berg-Nielsen, Lydersen, & Wichstrom, 2012; Minnes et al., 2010). Studiet fra 2010 viste i tillegg til utagerende atferd, en sammenheng mellom prenatal kokaineksponering og økt risiko for kriminalitet hos jenter.

Prenatal eksponering for kokain kan predikere både oppmerksomhetsvansker og svak impulskontroll, særlig hos gutter (Carmody et al., 2011). Et studie fra 2012 (Bada et al.) viste at høy eksponering for kokain og andre rusmidler i fosterlivet spådde utfallet for utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker etter å ha vurdert balansen mellom risiko og beskyttende faktorer. Noe prenatal eksponering for kokain og andre rusmidler spådde også utagerende atferd og oppmerksomhetsvansker. Eksponering for andre rusmidler predikerte atferdsvansker, med unntak av internaliserende atferd. Et høyt nivå av beskyttende faktorer var assosiert med nedadgående atferdsvansker over tid, uavhengig av ruseksponering og risikoindeks. Flere studier indikerer at gutter viser mer utagerende atferdsvansker og emosjonelle reguleringsvansker enn jenter (Bennett, Marini, Berzenski, Carmody, & Lewis, 2013; Chaplin, Fahy, Sinha, & Mayes, 2009). Studer har først de siste årene begynt å undersøke sammenhengen mellom effekter av ruseksponering og antall individuelle opplæringsplaner (IOP). Disse har vist til at det er et høyere antall IOP'r i gruppen med ruseksponerte elever, enn i kontrollgruppen (Levine et al., 2008). I et av disse studiene fant

man ut at gutter hadde større sannsynlighet for å motta individuell opplæringsplan enn jenter, og det var ca. 7 % flere individuelle opplæringsplaner i den ruseksponerte gruppen enn i kontrollgruppen (Levine et al., 2012).

Eksposering for kokain er som tidligere nevnt blitt assosiert med utagerende atferd, men også mengden av kokaineksposering er en viktig faktor assosiert med atferdsmessige effekter (Bada et al., 2012). Et studie viste i motsetning til andre funn, at særlig for jenter er eksposering for kokain assosiert med aggresjon og kriminell atferd. Prenatal kokain eksposering har en potensiell fremtredende og varig effekt på urolig atferd i barne- og ungdomsskolen (McLaughlin et al., 2011). Jenter i ungdomsalderen har vist en særlig risiko i forhold til ”emotional arousal”, med forhøyede nivåer av sinne og angst. Barn som har blitt eksponert for metamfetamin i fosterlivet kan også få atferdsvansker, som for eksempel utagerende atferd og ADHD. Ved 3 og 5 års alderen har barn vist økt angst og depresjonssymptomer, derimot har ADHD vist seg først ved 5 års alderen (LaGasse et al., 2012). Eksposering for metamfetamin har sammen med faktorer som omsorgsgivers psykiske helse vist seg å være relatert til subtile svekkelser i barnas impuls kontroll (inhibitory control) i de tidlige skoleårene (Derauf et al., 2012). Selvkontroll er sterkt knyttet til utvikling av ferdigheter som oppmerksomhet og atferdsmessig selvregulering, noe som støtter funnene av atferdsvansker hos barn eksponert for metamfetamin. Ett studie med fosterhjemsbarn som utvalg foreslår ut i fra resultatene at selv om det ruseksponerte barnet får adekvat omsorg etter fødselen, er de kumulative risikofaktorene som er assosiert med prenatal ruseksponering fremdeles en potensiell påvirkning på impulsivitet og oppmerksomhets relaterte vansker hos barnehagebarn (Slinning, 2004a). Det kan tenkes at dette også gjelder senere i skoleløpet også.

Jeg fant tre studier som ikke viste noen signifikante sammenhenger mellom prenatal ruseksponering og barns atferd. To av studiene undersøkte barn opptil 3 år, og funnene indikerte en sammenheng mellom barnas atferdsvansker og omsorgsgivers omsorg, depresjon og andre miljøfaktorer. Den tredje undersøkelsen konkluderte også med at omsorgsgivers depressive symptomer var en utslagsgivende faktor for barns atferdsvansker, samt barns akademiske prestasjoner ved 6-7 års alder (Messinger et al., 2004; Nair, Black, Ackerman, Schuler, & Keane, 2008; Warner et al., 2006).

5.2 Kognitive vansker

I motsetning til opioider som kan forårsake NAS og nevro-atferdsvansker (neurobehavioral deficits), kan prenatal eksponering av kokain bli assosiert med statistisk signifikante, dog subtile svekkelser i nevro-atferd, kognitivefunksjoner og språkfunksjoner. Disse effektene finnes selv når man ser det i kontekst med annen eksponering og omsorgsmiljøet, som kan enten øke eller dempe effektene (Bandstra, Morrow, Mansoor, & Accornero, 2010). Tester som Bayley-II Mental Development Index (MDI) og McCarthy Scales of Children's Abilities utført på ruseksponerte barn ved 1, 2, 3 og 4 ½ år viste at selv om gjennomsnittsskårene lå innenfor normalområdet, hadde barna en økt sårbarhet i området visuomotorikk og perseptuelle evner. Guttene skåret også dårligere enn jentene på MDI testen, sammenlignet med kontrollgruppen. Et studie utført på 4, 6 og 9 år gamle barn viste at de eksponerte guttene også skåret lavere sammenlagt på IQ tester enn de eksponerte jentene. Disse funnene tyder på at polydrug eksponering er relatert til dårligere kognitiv prestasjon i de tidligere barneårene (Bennett, Bendersky, & Lewis, 2008; Moe, 2002a; Moe & Slinning, 2001; Moe & Smith, 2003; Salo et al., 2009).

Et studie observerte en mulig effekt på *tilfeldig ansiktsminne* og *tilfeldig ordminne* fra eksponering av kokain i fosterlivet hos ungdommer på 12, 14 ½ og 17 år (Betancourt et al., 2011). På California Verbal Learning test og Children's Memory Scale, presterte 14 år gamle ruseksponerte ungdommer dårligere enn ikke-eksponerte ungdommer. Disse resultatene fant de selv etter justeringer for andre mulige variabler som miljøfaktorer, mors depresjon og antall ganger de hadde skiftet omsorgsgiver. Disse funnene gir støtte for langtidseffekter på nevrale mekanismer hos ruseksponerte barn (Riggins et al., 2012). Et studie viste at barn som har blitt eksponert for kokain i fosterlivet har en økt risiko for å utvikle lærevansker ved fylte 7 år. Selv om studiet ikke identifiserte signifikante forstyrrelser i intellektuell fungering i relasjon til prenatal eksponering av kokain, viste funnene at barn prenatalt eksponert for kokain hadde 3 ganger så stor sannsynlighet for å møte kriteriene for lærevansker enn ikke-eksponerte barn (Morrow et al., 2006). I følge et studie utført i 2012, kan øye-hånd koordinasjon, praktisk resonnering, hørsel og tale være signifikante effekter av ruseksponering hos barn ved 3 og 7 år (Irner, Teasdale, & Olofsson, 2012). Disse effektene så ikke ut til å bli mediert av verken mors sosiale bakgrunn eller behandlingshistorie. Derimot inneholdt studiet et utvalg hvor mødrene hadde brukt rusmidler inkludert alkohol (Irner et al., 2012).

5.3 Språkvansker

I et studie som undersøkte de generelle språkevnene fra 3 til 7-års alder, ble språkvansker satt i sammenheng med prenatal eksponering av kokain. Språkvanskene var stabile i alle aldersgrupper, noe som innebærer at de verken økte eller minsket over tid (Bandstra, Vogel, Morrow, Xue, & Anthony, 2004). To studier fant ingen signifikant sammenheng mellom eksponering av kokain i fosterlivet og språkvansker hos 6 og 9 åringer, eller latente vansker i mottakelig (receptive) språk hos ungdommer (Beeghly et al., 2006; Betancourt et al., 2011). Resultatene fra et annet studie viste en slutning om en varig stabil effekt på ungdommers språkevner (Bandstra, Morrow, Accornero, et al., 2010), derimot viste resultatene ingen effekter på språkvekst over tid i språkutviklingen. Det siste studiet innen språk og ruseksponering bekrefter denne effekten på språket, og viser til at prenatal eksponering for kokain har subtile effekter på spesifikke aspekter ved språkutvikling, slik som syntaksen, semantikk og den fonologiske prosesseringen ved 10-års alder (Lewis et al., 2011). Miljøfaktorer, slik som foresattes språk, hjemmesituasjon, foster eller adoptivforeldre, vil også ha en innvirkning på språkevnene ved 10-års alderen.

5.4 Kjønnforskjeller

Det kom frem gjennom flere forskningsartikler at det er visse kjønnforskjeller hos barn som har blitt utsatt for rusmidler i fosterlivet. Et prospektiv studie på de nyfødte og deres utfall av neonatalt abstinens syndrom (NAS), viste derimot ingen signifikans mellom gutte- og jentebabyer (Unger et al., 2011). I dette studiet henviste man derfor til andre årsaker som mulig forklaring på den kliniske diagnosen NAS. Dette studiet og dets resultater faller ikke inn under utvalgskriteriene, men er dog interessant. Ellers viste de andre artiklene som omhandlet ruseksponering og barn over 3 år, at gutter har en tendens til å bli mer urolige og at det varer lenger enn hos jenter. Guttene skåret også betydelig lavere på flere tester som hadde blitt utført, blant annet Bayley-II MDI (Bennett et al., 2013; Chaplin et al., 2009; Moe & Slinning, 2001; Suffet & Brotman, 1984). Studier angående kognitive vansker og språkvansker, fant også en kjønnsforkjell hvor de ruseksponerte guttene skåret lavere/dårligere på diverse utviklingstester (kognitive og språk) enn de ruseksponerte jentene (Beeghly et al., 2006; Bennett et al., 2008; Moe, 2002a; Moe & Slinning, 2001). Et studie som forsket på barn som var prenatalt utsatt for kokain, kjønnforskjeller og deres oppmerksomhet og inhibitory control (impulskontroll) viste noen signifikante utfall i

forholdet mellom kjønn. Gutter som var sterkt eksponert for kokain i fosterlivet, viste i dette studiet svekkelser på oppmerksomhet og impuls kontroll (Carmody et al., 2011). Gutter viste i flesteparten av studiene en høyere grad av sårbarhet og en økt risiko for både kognitive vansker og atferdsvansker enn jenter, med unntak av to studier. I det ene fant de en økt risiko for jenter når det gjaldt emosjonell våkenhet (emotional arousal) og stress, med forhøyet angst og sinne nivåer (Chaplin, Freiburger, Mayes, & Sinha, 2010). I det andre studiet fant de en sammenheng mellom kokaineksponering og en økt risiko for kriminalitet hos jenter, og denne risikoen fant de kun hos de ruseksponerte jentene (Minnes et al., 2010). Guttene i dette studiet viste derimot økt aggressivitet og hyperaktivitet.

Oppsummering av litteratursøket:

- Atferdsvansker:** 22 studier, hvorav 3 ikke har funnet noen sammenheng mellom prenatal ruseksponering og senere atferdsvansker hos barna.
- Kognitive vansker:** 10 studier, hvor alle viser til sammenhenger mellom ruseksponering og enkelte kognitive evner.
- Språkvansker:** 5 studier, hvor 3 av de viser til en sammenheng, i tillegg til miljøfaktorer.
- Kjønnsforskjeller:** 11 studier, hvorav alle viser til en kjønnsforskjell på rusens effekt, men på varierende områder og kjønn.

6 Presentasjon av eliteintervju

Informanten vil heretter bli omtalt som han, for å få bedre flyt og forståelse i språket.

Intervjuet foregikk hjemme hos informanten. Først pratet vi litt om løst og fast mens vi lagde te. Han viste meg diverse utskrifter, mapper, bøker og dvd'r han hadde lagt ut på spisestuebordet. Det var en god tone mellom oss, og vi satte oss ned i stuen hans skrått ovenfor hverandre. Jeg gikk kort igjennom hva vi skulle snakke om og hva slags forventninger jeg hadde til intervjuet. Han forklarte så at han hadde mest ekspertise om barn innen FASD, og at han hadde forstått det dit hen at intervjuet skulle være om disse barna. Jeg informerte han om at jeg ikke hadde funnet noen som var spesialist på elever/barn som kun hadde vært utsatt for rusmidler som ikke inkluderte alkohol, og at alt han kunne bidra med ville bli tatt godt imot. Han godtok dette, og sa seg villig til å gjøre sitt beste og bidra med det han kunne. Intervjuet tok ca. 2 ½ time, og praten gikk livlig mellom oss begge to. Transkripsjon av intervjuet og notater ble utført i løpet av uken som fulgte.

Fremleggelsen av rådatamaterialet, altså informantens informasjon, vil bli delt opp i kapitler etter kategorier. Kategoriene er valgt ut i fra intervjuguiden og datamaterialet. Disse kategoriene er som følger: Reguleringsvansker, Atferdsvansker, Sosial kompetanse, Kognitive vansker, Psykiske vansker, Underdiagnostisering og Samspill. Først vil jeg legge frem spørsmål stilt til informanten, og sitater fra informanten. Deretter vil jeg legge frem min egen tolkning og diskutere denne. Med det mener jeg min beskrivelse av hvordan jeg har oppfattet informantens svar og hvordan dette kan sees i lys av funn fra litteraturstudiet. Informanten har som sagt mest erfaring når det gjelder barn innen FASD spekteret, og sitatene vil derfor bære preg av dette. Jeg velger derimot å tolke det dit hen at det han forteller også vil kunne være relevant for barn eksponert for andre rusmidler enn alkohol. Av hensyn til anonymitet har jeg valgt å oversatte sitatene til bokmål. Sitatene står i kursiv med innrykk, for å synliggjøre hva som er hans stemme.

6.1 Reguleringsvansker

Jeg stilte spørsmål om hvorvidt barna har reguleringsvansker i forhold til søvn og mat, da de som blir født med abstinenser (NAS) ofte har disse reguleringsvanskene:

Søvnvansker er en ting som går igjen. Det tror jeg jeg kan si ganske sikkert. Det har de også felles med, ja med mange grupper, men også med ADHD. Jeg jobbet sammen med en lege som var veldig opptatt av det med de som har ADHD, at påfallende mange av de hadde søvnvansker som de kan se på som et eksempel på reguleringsvansker egentlig. Og våkenhetsgrad, kanskje henger det også sammen med oppmerksomhet, at de er uoppmerksomme fordi de har reguleringsvansker, kanskje er det en annen måte å se det på.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten bekrefter her at søvnvansker og våkenhetsgrad kan være en reguleringsvanske elevene sliter med. Reguleringsvansker i forhold til mat ble ikke nevnt som en vanske hos denne elevgruppen.

Videre spør jeg om det er noen andre reguleringsvansker som går igjen i denne elevgruppen, hva slags vansker det eventuelt dreier seg om, og hvordan de kommer til uttrykk:

Det går både på det sosiale og så går det på prestasjoner som er ujevne, og så er det emosjoner, og det jeg kaller til sammen for dagsformvariasjoner, det går ikke bare på prestasjoner, det du kunne i dag, har du glemt helt i dag og så husker du kanskje i morgen igjen... Men det går både på det og så går det på emosjonell labilitet, det er større forskjell på langt oppe og langt nede blant disse enn på såkalt normalelever, og at det da også fører til usikkerhet blant medelever, de er uforutsigbare, og det er noe som jeg har måttet si noen ganger at de trenger veldig mye forutsigbarhet, mens de selv er veldig uforutsigbare. Det høres kanskje veldig paradoksalt ut, men det tror jeg er en beskrivelse som passer på veldig mange av de. Så selv om du er uforutsigbar, så skal ikke jeg være det, ikke sant? Jeg må for så vidt både være fleksibel, men samtidig være forutsigbar. Det er ganske krevende.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten forklarer at disse barna har reguleringsvansker når det kommer til det emosjonelle, det sosiale, samt i forhold til prestasjoner. Han forklarer også om dagsformvariasjoner som kommer til uttrykk i at noe eleven kan i dag, vil kanskje være glemt i morgen for så å dukke opp igjen neste uke. Prestasjon og kunnskap hos eleven kommer an på hvordan elevens dagsform er. Elevene kan være svært uforutsigbare på grunn av dette, og

har dermed behov for at de rundt er fleksible og forutsigbare. Funn fra litteraturstudiet har vist at barn har en økt risiko for impulsivitet, lav konsentrasjonsevne og atferdsvansker (Carmody et al., 2011; Fisher et al., 2011). En annen reguleringsvanske, i forhold til prestasjoner, vil kunne sees i sammenheng med svekkelser i de visuomotoriske evnene, slik som for eksempel svekket ordminne (Betancourt et al., 2011).

6.2 Atferdsvansker

Videre var jeg interessert i hvorvidt reguleringsvanskene kan være en forløper til at ting blir vanskelig for eleven, og vanskelig for medelevene å takle på en grei måte. I så fall, kan dette føre til andre problemer og vansker hos eleven det gjelder? Jeg stilte derfor informanten spørsmålet om disse barna hadde atferdsvansker og hvordan det kom til syne hos barna:

Jo, både innagerende og utagerende, med FAS, FASD. Jo, sikkert. De med kriminell atferd, de er jo utagerende, men så er det jo disse her med angst, depresjon, som isolerer seg, bare hjemme, aldri ute med kamerater osv. Det er klart at kanskje har de det ennå verre enn utagering, men det er jo det som du også vet, at det er jo de som utagerer som blir lagt merke til og som får oppmerksomhet, særlig de med ADHD. Det har det blitt snakket en god del om, og også kjønnsforskjeller at ofte er det, i hvert fall hittil da, vært mest gutter som er urolige, og som får oppmerksomhet, og stille jenter som kanskje egentlig har samme diagnose eller like mye oppmerksomhetsvansker, de blir glemt. Og det er klart at det er veldig alvorlig, så der må skolen minnes på det, og det er jo eksempler på elever, sikkert begge kjønn, som har gått hele grunnskolen uten å bli oppdaga at de har store vansker, og til og med psykose har jeg hørt. Blir ikke oppdaget før de kommer i videregående, så det er jo tragisk.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten trekker frem utagerende atferd, kriminalitet og ADHD hos de innen FASD, samt innagerende atferd. Han nevner kjønnsforskjellene generelt, som går ut på at flest gutter er utagerende og flest jenter er innagerende, før han fortsetter med risikoen dette medbringer. Barn kan bli forbisett og vanskene kan eskalere uten at barna har fått hjelp. Studier fra litteraturstudiet har gjennomgående vist til symptomer lik ADHD- symptomer (Elgen et al., 2007). Det har også blitt sett en sammenheng mellom ruseksponering og kjønnsesifikke

effekter, hvor utagering, innadvendthet og kriminalitet er trukket frem (Bada et al., 2011; Minnes et al., 2010).

6.3 Sosial kompetanse

Etter at informanten pratet om en litt manglende sosial kompetanse hos elever med FASD, spurte jeg om det fantes grunnlag for å tro at noen av disse elevene hadde Asperger-lignende oppførsel:

Ja, på det området er det nok en del felles ting. Der er jo hovedproblemet dette med sosial utvikling. Så det er riktig det, også Asperger er jo høyt fungerende autist, ikke sant? Og det er nok også en del overhyppighet av autistiske trekk hos disse med FAS. Det er jo noe av det som er felles, denne sosiale umodenheten, for å si det enkelt.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten viser til en overhyppighet av autistiske trekk hos elever med FAS, noe han sier kommer til uttrykk gjennom en sosial umodenhet. Et studie jeg fant viser spesielt til en svekkelse i evnen til å huske ansikter (Betancourt et al., 2011). Hvis man ser dette funnet sammen med funnet om svekket øye- håndkoordinasjon (Irner et al., 2012), kan man lett se for seg at ruseksponerte elever kan være litt keitete i sosiale settinger med medelever.

Jeg stilte spørsmål om hvilke vansker barn som har vært utsatt for rusmidler under svangerskapet får når de blir eldre:

Forskning viser at opptil 85-90% av de med Føtalt Alkohol syndrom har også ADHD. Og mange av de er jo også utviklingshemmede, så man får ofte de diagnosene i stedet for FAS, FASD. Og så forholder man seg til de andre diagnosene. ... dette med at rent pedagogisk når det gjelder tiltak, så er det veldig mange felles ting med tiltak i skole og førskole, mellom for eksempel ADHD og FAS. Men alt i alt så vil mange folk si at de med rusbaserte skader, inklusive abstinenser har enda større skader enn de med ADHD. Men veldig mange av de praktiske tiltakene er påfallende like vil veldig mange si. Det har vi spurt mange om, og jeg har enda ikke fått noe klart svar. Er det noe spesifikke tiltak for disse her, som er annerledes enn tiltak for andre barn med spesielle behov, og det er ingen som har kunnet svare på det. Jeg har spurt ganske

mange kompetente folk om det, bortsett fra at som sagt skadebildet alt i alt er enda mer alvorlig. Man må gjøre enda mere av spes.ped tiltak, enda mer bevisst på saker og ting, men de praktiske utfordringene er veldig ofte likt.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten snakker her både om FASD elever og generelt om elever med rusbaserte skader. Han sier at det er en del komorbiditet mellom FASD og utviklingshemning, og det kan hende lærere kun tenker tiltak med tanke på én diagnose. Videre sier han at elever med rusbaserte skader har mange fellesnevner med ADHD, og tiltak og praktiske utfordringer er ofte veldig likt. Skadebildet er derimot enda mer alvorlig når det gjelder rusbaserte skader. Igjen stemmer det informanten sier i forhold til ADHD symptomer overens med funn fra litteraturstudiet (Elgen et al., 2007). Det at skadebildet er enda mer alvorlig når det gjelder ruseksponerte skader, kan sees i sammenheng med at man muligens ikke tar hensyn til at selv om symptomene er like med for eksempel ADHD, finnes det forskjeller. Som informanten sa tidligere, vil det en elev får til i dag, kanskje være glemt i morgen for så å dukke opp dagen etter igjen. Vanskene har et uforutsigbart symptombilde og vil derfor kunne forbli uoppdaget eller eskalere uten at lærer har tilrettelagt for nettopp det én elev har problemer med.

6.4 Kognitive vansker

Informanten fikk spørsmål vedrørende kognitive vansker:

..mange av de er jo faglig svake fordi de har kognitive vansker, det er noen få unntak, men de fleste har en.. noen vil si de har en gjennomsnittlig IQ på mellom 65 og 70. Altså lettere psykisk retarderte. Så det er jo i seg selv et handikap som de sliter med og selvfølelsen er dårlig, ikke sant? De skjønner ikke det som andre på deres alder skjønner av undervisning.

Tolkning/Diskusjon:

Her snakker informanten hovedsakelig om barn innen FASD, hvor han sier at de fleste har kognitive vansker. Studiene fra litteraturstudiet har også vist til kognitive svekkelser hos barn som er eksponert for andre rusmidler enn alkohol. Blant annet viser de til svekkelser innen visuomotorikk, perseptuelle evner og eksekutive funksjoner (Bennett et al., 2008; Betancourt et al., 2011; Irner et al., 2012; Moe & Smith, 2003).

6.5 Psykiske vansker

Spørsmålet informanten fikk var vedrørende psykiske vansker og hva han visste om disse elevene i forhold til deres psykiske helse:

Ja det vet vi mye om. ... det er overhyppighet av depresjon og angst. Og ja, utviklingshemning. Nå er jo ikke det direkte psykiatri da, men det er ofte forbundet med psykiatri, fordi mennesker med utviklingshemning har atskillig større sjanser for psykiatriske vansker opp gjennom i livet. Og også med denne gruppen her. Så du kan si, det er jo disse to som går igjen da, det er jo sikkert flere psykiatriske diagnoser også, uten at jeg har det helt i hodet. Ja, litteraturen har jo helt sikkert noe som du kan finne, med noen prosenter og litt forskjellig. Men det er ikke tvil om at det er overhyppighet da, alt i alt. Opptil 80% har, har jeg sett, har psykiatriske vansker.

Tolkning/Diskusjon:

Her snakker informanten hovedsakelig om barn med FASD, og forteller at det er en overhyppighet av depresjon og angst. Han sier han har sett at opptil 80% har psykiske vansker. Videre viser informanten til en høy rate av mobbing og selvmord/selvmondsforsøk blant barna det gjelder. Særlig da blant barn med vansker innen FASD. Dette samsvarer med funnene til Breggin & Breggin (2007) om økt risiko for suicidalitet i de tilfeller mor har brukt antidepressiva (SSRI) under svangerskapet. Andre studier viser også til en økt risiko for emosjonelle vansker som kan eskalere i senere alder, blant annet angst og affektive lidelser (Chaplin et al., 2010; Richardson, Larkby, Goldschmidt, & Day, 2013).

Som tidligere nevnt, kunne det være en overhyppighet av autistiske trekk hos elever med FAS, og informanten trekker frem hvordan dette kan komme til uttrykk i møtet med medelever:

.. det med for eksempel fysisk nærhet når du snakker, den komfortsonen eller intimitetssonen. Det har de liksom ikke. Kan være helt opp i nesa på en annen person, ikke sant? Og folk rykker tilbake, de gjør dumme ting som man gjør i privatlivet og ikke offentlig. Og noe som fører til at de blir avvist av mange andre jevnaldrende og klassekamerater og andre.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten forklarer at FAS barn har en mangel på sosiale koder, for eksempel intimitetssone som kan gjøre at medelever trekker seg unna og at elever blir eller kan føle seg avvist. Dette kan muligens gjelde andre rusmiddeleffekter også, da det som tidligere nevnt er antydning en svekkelse innen visuomotorikk (Moe, 2002a).

Informanten forklarer videre om eventuell mobbing og mulige tiltak for dette:

..men at andre kan bruke det i forbindelse med mobbing osv, det er en annen ting. Og vi er for åpenhet, også, det er kanskje ikke en ting jeg har vært innpå, det gjelder også den gruppen vi snakker om, mest mulig åpenhet i forhold til medelever, og kanskje også i forhold til foreldre til medelevene og ikke minst i forhold til eleven selv og nærmeste pårørende. "hva er dette for noe?" Enten endelig diagnose eller beskrivelse som jeg snakker om, at det i seg selv er et tiltak og at de fleste da vil ha nytte av det, men noen få vil misbruke det, dessverre. Det går av erfaringen at et stort flertall har nytte av det.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten forklarer at det å ha en diagnose innen FASD eller vansker som følge av mors rusmiddelbruk kan føre til at medelever bruker dette mot barna det gjelder. Han hevder at åpenhet kan være et tiltak for å forebygge mobbing. Det å være åpen om en diagnose eller forklare/beskrive behov og ressurser hos det ruseksponerte barnet vil åpne for forståelse og aksept blant medelever, foreldre til medelever og lærere. Man kan her muligens trekke en parallell mellom denne åpenheten/mobbingen og det at vansker kan manifestere seg og/eller eskalere som følge av omsorgssituasjon og miljøfaktorer. Gitt at barnet bor i fosterhjem, vil det kunne tenkes at det er mer åpenhet rundt rusmiddelbruket som har skjedd under svangerskapet enn dersom barnet bor hos sin biologiske mor. I ett studie viste det seg at fosterhjemsbarn skåret høyere på tester enn de som bodde hos sin biologisk mor (McNichol & Tash, 2001). McNichol & Tash antyder at mer intellektuell stimulering i fosterhjem er årsak til disse resultatene, og det kan også tyde på at fosterhjemsbarna har det bedre psykososialt. Jeg velger derfor å trekke en linje mellom disse resultatene og åpenhet/mobbing.

..for å ta det enda litt videre, det er en del mobbing fra lærer til elever, det er ikke noe ukjent fenomen. Jeg vet ikke hvor mye det er, men fra tid til annen, så kommer det fram. Av og til er det kanskje feilbeskyldning, men av og til tror jeg det kan være riktig. Og ikke minst de som voksne, lærer eller psykologer eller hva det måtte være, vi er veldig verbale de fleste av oss, og vi er eksperter med ord, og i stedet for å slå eller gjøre andre åpenbare dumme ting, så slår vi med ord. Og vi har masse sånne finurlige måter og hersketeknikker, det er kanskje dét det dreier seg om, uten at du kan sette ord på hva det er egentlig? Kanskje går det flere år før du egentlig skjønner hva som skjedde. Det tror jeg er riktig, og hvis du også da, både at det er følelsesmessig veldig ubehagelig, og hvis du heller ikke har evner til å reflektere nok, så kan du, av og til kan du kanskje gå i graven uten å skjønne noen ting. Eller du skjønner det etter ti år. "Det var det som egentlig skjedde".

Tolkning/Diskusjon:

Informanten forklarer at mobbing, både åpent og skjult, bevisst eller ubevisst, vil kunne være ekstra vanskelig for noen av disse barna, da ikke alle klarer å reflektere over situasjonen. Han sier at barna kan bli over- eller undervurdert, i den forstand at voksenpersonene/lærerne tror barna forstår mer enn de gjør på grunn av godt språk, eller forstår mindre enn de virkelig gjør på grunn av dårlig språk. Han sier at dette vil kunne føre til en transaksjon mellom voksen og barn som vil kunne få et uheldig utfall, da også lærere kan være mobbere. I Bada (2011) sitt studie rangerte både omsorgsgiver og lærere atferdsproblemer hos barna. Her viste det seg at lærere rangerte atferdsvanskene som mer fremtredende enn foreldrene. Dette kan muligens sees i samsvar med Rosenthaleffekten eller Pygmaliaeffekten som den også kalles (Tetzchner, 2001), hvor det handler om læreres forventning til barna. Resultatet av elevens prestasjon eller i dette tilfelle, i hvilken grad elevens atferd blir forverret, vil i så tilfelle være et resultat av lærerens forventning om elevens atferd. Forventningen lærerne har til eleven, samt samspillet mellom lærer – elev vil derfor kunne være av avgjørende betydning.

Jeg tror som sagt at noe av effekten kan være at du blir innadvendt, du blir defensiv, kanskje overforsiktig. Både for å skjule din egen skam og foreldrene, kanskje dobbel dose, og så velger du kanskje å holde deg unna, isolere deg. Så det er også en ting, ja. Det viser seg blant annet i det intervjuet med Susan Fleischer i London, og også andre har bekreftet at det er atskillig flere selvmordsforsøk og jeg tror kanskje også gjennomførte selvmord blant disse ungene enn blant andre. Og det kan blant annet

skyldes skammen uten at jeg vet noe mer spesifikt om det, men det er ganske nærliggende å tenke. Pluss at det er kombinert med depresjon selvfølgelig, som i seg selv er risiko i forhold til suicidalitet, hvis det blir veldig alvorlig grad. Og hvis du samtidig er impulsiv, altså svak impulskontroll og depressiv. Du får en plutselig innskyttelse, og kanskje hvis du selv også har inntatt noe alkohol eller stoff, da er sjansene for at du skal gjøre et nytt suicidalt forsøk ganske stor. Det er dårlig kombinasjon.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten går videre inn på økt risiko for selvmordsforsøk og gjennomførte selvmord, etter å ha gått inn på noen av effektene livet i fosterlivet kan ha på barna i skolealder. Han viser til at dette er noe Susan Fleischer uttalte i et intervju. Fleischer er mor til en datter med FAS, og hun grunnla *National Organisation for Fetal Alcohol Syndrom (FAS) US* samt *the International FASD Medical Advisory Panel*. Disse effektene som kan være en faktor for økt risiko for selvmord, forteller informanten kan være svak impulskontroll, egen skam og foreldres skam, innadvendthet og isolasjon, samtidig med en økt risiko for angst og depresjon og en økt risiko for selv å utøve rusmisbruk. Flere av studiene i litteraturstudiet viser til at ruseksponerte elever har svekket impulskontroll (Carmody et al., 2011; Derauf et al., 2012). En økt risiko for angst og depresjon har også blitt funnet (Breggin & Breggin, 2007; Chaplin et al., 2010), da særlig blant de som viser innadvendt atferd. Impulsivitet sammen med depresjon kan være en dårlig kombinasjon, slik som informanten viser til.

6.6 Underdiagnostisering

Når det gjelder årsakssammenhenger mellom barnas behov og det faktum at mange ikke får den hjelpen de trenger, uttrykker informanten følgende:

Blandingsmisbruk tenker du på ja. Nei, jeg vil tro at det for det første er helt opplagt at underdiagnostisering, underrapportering. Og det skyldes dels uvitenhet og dels at dette er såpass følsomt og knytta til skam, fordi når man vet årsaken helt sikkert, det er en av de få diagnosene hvor man vet årsaken, og man også vet at dette er hvis man vil, er hundre prosent.. at det kan forebygges hundre prosent. Det er eneste diagnosen man vet om på dette psykososiale området, at man vet at man kan forebygge, altså ved å kutte konsekvent rusmidler i svangerskapet, ikke sant?

Tolkning/Diskusjon:

Informanten forteller at underdiagnostisering på grunn av underrapportering kan være en stor grunn til at elever ikke får hjelp. Han sier det at lærere kan mangle kompetansen til å se kjennetegnene, og at det kan være vanskelig å ta tak i også på grunn av følsomheten dette tema krever. Han forklarer videre at dette er den eneste diagnosen innen det psykososiale området som kan forebygges 100% ved å kutte konsekvent ut rusmidler i svangerskapet. Dette samsvarer med en funn om underdiagnostisering av NAS ved sykehus som bruker ICD koder (Burns & Mattick). Dette omhandler spedbarn, men er dog interessant i et kartleggings- og forebyggingsperspektiv.

6.7 Samspill og betydningen av lærerens personlige egnethet

Informanten ble stilt spørsmål angående læreren og lærerens forhold til disse elevene, hvor han tok opp dette med misforståelse, toleranse og ”trynefaktor”:

Hun hadde store lærevanser for å si det enkelt, hun var ikke av de svakeste, men dog. Hun var veldig verbal, og hvis ikke du kjente henne kunne du tro at hun var minst like normal som andre jenter på samme alder... hun ble jo virkelig misforstått, alle trodde at hun var, som ikke kjente henne, kunne mye mer enn det hun egentlig kunne. Både på grunn av utseende og verbaliteten. Også var det også et annet eksempel, det var en gutt da, som mange vil si at han hadde et ansikt som ikke var særlig vakkert da, for å si det litt brutalt. Men han var betydelig mer evnerik enn det folk trodde ut i fra utseende. To motsatte eksempler. Hvor du kan bli misforstått og hvor toleransen også er forskjellig.

Jeg spør videre; ”Det er nok kanskje litt feil ordbruk, men litt sånn trynefaktor?”

Ja, for å si det enkelt. Det er viktig det. Du kan mene hva du vil om det, men ja.

Tolkning/Diskusjon:

Gjennom et par eksempler viser informanten til hva et barns utseende (”trynefaktor”) og verbaliteten hos enkelte av elevene har å si for lærerens inntrykk av eleven, og hvordan det kan oppstå misforståelser hos både lærere og medelever angående hvor mye eleven faktisk forstår. Dersom en elev er svært vakker, kan toleransen være betydelig høyere hos læreren

enn når en elev ikke blir sett på som vakker av læreren det gjelder. Her var det jeg som brakte uttrykket ”trynefaktor” inn i samtalen, men informanten bekreftet at dette hverdagslige og negativt betonte ordet spiller en rolle. Samspill og lærerens forventning vil som tidligere nevnt kunne sees i lys av Rosenthaleffekten (Tetzchner, 2001). Hvilken påvirkning har lærerens forventning i forhold til samspillet, og den videre undervisningen?

Vi er jo feilfinnere, ikke sant.? Det er jeg også i høy grad, så vi må skjerpe oss og også se på de positive sidene. Og det er ikke noe problem å finne svakheter. Hehe, det kan man finne med et halvt øye. Men, og også skjerpe seg og finne positive ting. Det er klart det finnes positive ting også. Men der må vi være veldig bevisste på det, du si at det er normalt for disse her og ha den og den atferden og prestasjonen som de viser. Jeg vil kalle det normalt med deres forutsetninger, og da må vi på en måte tune oss inn til deres normalitet. Det er mere vi som har problemer med å tilpasse vår undervisning, vår atferd og holdninger til disse her, også er vi opptatt av som hun Susan Fleicher også sier, hva de ikke kan, og vi spør hva kan du? Nei, jeg kan ingenting. Men vi må heller spørre hva liker du? Det var et godt spørsmål. Det er jo mange ting de liker, det gjelder jo deg og meg også, og alle. Det kan vi bedre enn det vi ikke liker. Da har vi lyst til å sette oss bedre inn i og bli god på det. Ikke terpe på det de ikke kan, det er jo garantert at det er pyton.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten sier at profesjonelle, slik som lærere og pedagoger er feilfinnere i bunn, men at vi må bli nødt til å være bedre på å lete etter de positive kvalitetene ved barna. Han sier vi må ”tune” oss inn på barnas normalitet, og se hva som er deres forutsetninger. Videre forteller han at i stedet for å stille spørsmål om hva barna kan, bør vi stille spørsmål om hva barnet liker da de fleste er som oftest best på det de liker. Dette er interessant å se i sammenheng med Minnes et al. (2010) sitt studie som viser til en høy rangering fra lærere om jenters utagerende atferd. Forskerne antyder at dette funnet ikke nødvendigvis kommer av en mer sensitivitet i selvregulering ovenfor ruseksponering, men at det alternativt kan komme av at man ikke forventer den typen utagerende og kriminell atferd hos jenter og derfor legger ekstra godt merke til den.

Informanten om hvilke positive sider som går igjen i denne barnegruppen:

Ja, viktig å spørre om, for mange av de er jo veldig spontane og glade. De kan skifte så fort mellom tristhet, gladhet og sinne, og mange av de er jo veldig sprudlende også, og som du får lyst til å være sammen med. Men samtidig kan de være masete ikke sant? Men, og mange av de er jo riktig kreative, finner på mye rart. Det kan sikkert være både positivt og negativt.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten sier at mange ruseksponerte barn er veldig spontane, glade og sprudlende. Samtidig kan de skifte fort mellom tristhet, glede og sinne, og kan også oppfattes som masete. Mange av de er veldig kreative og flinke til å finne på ting. Dette skiftet i emosjoner vil kunne være blant annet på grunn av reguleringsvansker, noe som også er sett som en effekt av rusmiddeleksponering i fosterlivet (Bandstra et al., 2001; Chaplin et al., 2009; McNichol & Tash, 2001). Lav impulskontroll og selvregulering vil kunne føre til både skiftende humør, men også til fantasi og kreativitet. Dette er sterke sider ved barna man bør trekke frem og jobbe ut i fra.

Informanten trekker her også frem at skam hos læreren kan påvirke han eller hun i møtet med disse elevene og deres foreldre:

Noe av skamfølelsen til klienten eller pårørende eller sånn og sånn, noe av det kan vi kanskje kjenne igjen i eget liv. Da blir det veldig komplisert, ikke sant? Så har vi selv blinde flekker, som lærer eller som terapeuter, eller psykologer eller spesialpedagoger... Det snakkes lite om at når det gjelder disse tingene, at bruk av alkohol og etter hvert også stoffer og for ikke snakke om tabletter er så vanlige i dag i det norske samfunnet også blant skolefolk og helsepersonell og kanskje vi selv sliter litt med det, er der på grensen og dette er for ubehagelig å snakke om og derfor tør vi ikke heller, eller vi orker ikke snakke med mor eller far om det, tror jeg.

Tolkning/Diskusjon:

Informanten trekker her frem det ubehaget det kan være for noen lærere å snakke om bakgrunnen til vanskene hos eleven. Dette gjelder både samtaler med foreldre og eleven selv. Dersom læreren selv bruker rusmidler og til og med i overkant mye, vil det kunne bli for ubehagelig og dermed kan de la være å ta den viktige samtalen. Dette er uheldig, men en situasjon som kan oppstå og som vi bør være klar over. Her handler det altså om både

bevissthet rundt sin rolle som lærer og skillet mellom privatperson og profesjonell. Samtidig bør man i slike situasjoner være klar over barns evne til å se i hvorvidt du er ærlig eller ikke. Lærers egnethet i slike situasjoner vil måtte jobbes med for å legge til rette for en best mulig åpenhet og samtale.

Oppsummering av eliteintervjuet:

Reguleringsvansker:	Ja, slike barn har reguleringsvansker i form av søvnvansker, våkenhetsgrad, emosjonell labilitet og dagsformvariasjoner.
Atferdsvansker:	Stor del av ruseksponerte barn har atferdsvansker. Mange liknende symptomer som ADHD.
Sosial kompetanse:	Mange av disse elevene mangler sosial kompetanse, eller viser en sosial umodenhet. Viktig å trene på sosial kompetanse.
Kognitive vansker:	Mange elever innen FASD har kognitive vansker, og det kan tenkes at det samme gjelder barn eksponert for andre rusmidler også.
Psykiske vansker:	På grunn av andre vansker, står ruseksponerte barn i fare for å utvikle psykiske lidelser. Særlig de innadvendte elevene har behov for psykososial oppfølging.
Underdiagnostisering:	Det er grunn til å tro at det er en del underdiagnostisering pga. vanskeligheter med å slå fast hvilke mødre som har brukt rusmidler under svangerskapet hvis de ikke oppgir det selv.
Samspill:	På grunn av en sosial umodenhet vil disse barna kunne havne i sosiale settinger hvor de feiler med sosiale koder og blir avvist. Viktig med en god lærer- elev relasjon. Her bør man tenke Rosenthaleffekt, og være bevisst i forhold til sine forventninger som lærer til det barnet det gjelder.

7 Sammenslåing av funnene

Problemstillingen i denne oppgaven er; *"Hvilke vansker vil kunne være typiske for prenatalt ruseksponerte barn, og hvilke behov har disse barna i skolen?"*. Etter datainnsamlingen og den tematiske analysen av både eliteintervjuet og litteraturstudiet har det kommet frem flere potensielle vansker hos disse barna. I dette kapittelet vil jeg legge frem de forskjellige sekundærvanskene ruseksponerte barn kan risikere å ha i skolealder, samt deres sterke sider. De sterke sidene til ruseksponerte barn har jeg valgt å ta med i dette kapittelet grunnet de beskyttende faktorene de kan utgjøre. Det vil også være relevant i forhold til besvarelsen av det siste forskningsspørsmålet, som utgjør siste del av problemstillingen. *"Hvilke behov har disse barna i skolen?"* Dette vil jeg forsøke å besvare best mulig i neste kapittel. Data fra både intervju og litteraturstudiet vil bli tatt med i denne drøftingen og jeg vil forsøke å sette det inn i en spesialpedagogisk ramme som er tidsaktuell.

7.1 Hvilke vansker kan barn eksponert for rusmidler i fosterlivet ha i skolen?

Elever som har blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet er en variert og heterogen gruppe. Derimot kan man ut i fra litteraturstudiet og eliteintervjuet se visse vansker som går igjen i denne gruppen og som det kan være av betydning å redegjøre for. Det er en overhyppighet av atferdsvansker hos disse barna, slik som ADHD eller ADHD lignende symptomer; hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker (Fisher et al., 2011). Utagerende atferd, samt i noen tilfeller hos jenter også innagerende atferd og kriminell atferd i ungdomsårene er blitt funnet (McLaughlin et al., 2011). Noen har visse autistiske trekk, som kommer til uttrykk gjennom manglende sosial kompetanse og umodenhet (Informant). Flere av de som har blitt eksponert for alkohol har epilepsi, og informantene viste til viktigheten av å sende barn til nevrologisk undersøkelse der man mistenker at dette kan være tilfelle. Det er blitt oppdaget en effekt på kognitiv utførelse, og språkvansker hos barn eksponert for rusmidler (Bandstra, Morrow, Accornero, et al., 2010; Lewis et al., 2011). Flere av disse vanskene, samt summen av å ha flere, kan få en kumulativ effekt og føre til flere sekundærvansker. Det kan komme følgevansker som angst og depresjon, og i noen tilfeller det ulykkelige utfallet av selvmord (Chaplin et al., 2010)(Informant). Dette på grunn av atferdsvansker, manglende kunnskap om sosiale koder og derav potensiell mobbing fra medelever, og potensielle psykiske vansker. Opptil 80% av de med FAS har vist å ha psykiske vansker (Informant), noe som vil kunne

være relevant for barn eksponert for andre rusmidler også. Et forskningsstudie fant også en økt risiko for suicidalitet hos barnet senere i livet, i de tilfeller der mor hadde brukt antidepressiva (SSRI) under svangerskapet (Breggin & Breggin, 2007). Denne risikoen kan ha blitt påvirket av andre faktorer, imidlertid bør man være klar over muligheten i det forebyggende arbeidet. Nasjonalt folkehelseinstitutt sin undersøkelse fra 2009 viser for eksempel at Norge ligger på linje med Frankrike, Danmark og Sverige på europatoppen i forbruk av antidepressiva (Clench-Aas, Rognerud, & Dalgard, 2009). Dette bør være grunn nok til bekymring, da effekten av antidepressiva på fosteret muligens kan utgjøre en stor forskjell på livskvaliteten deres senere. En nylig publisert forskningsartikkel (Richardson et al., 2013), viste til at tidlig eksponering for kokain i svangerskapet er assosiert med initiering av bruk av marijuana og alkohol hos ungdom. Et annet studie fra 2011 viser til en sammenheng mellom prenatal kokaineksponering og ungdommers initiering av kokainbruk (Delaney-Black et al., 2011). Eksponering for vold, barnemishandling og andre familiefaktorer kunne også predikere initieringen i disse studiene, men det reduserte ikke effektene av eksponeringen av kokain i fosterlivet. Informanten og andre studier viser til barnas impulsivitet, som også kan være en påvirkningsfaktor for det å prøve ut og eksperimentere med rusmidler.

7.2 Hvilke sterke sider og positive kvaliteter er typiske for barn eksponert for rusmidler i fosterlivet?

Barn eksponert for rusmidler i fosterlivet er som sagt en variert gruppe, med forskjellig utvikling og omsorgssituasjoner. Alle barn har derimot innebygde ressurser og sterke sider som kan være uavhengig av andre miljøfaktorer. Man bør ikke glemme at også disse barna har flotte talenter og ferdigheter. Positive sider hos disse barna er at mange av dem ofte er glade og sprudlende, spontane og kreative (Informant). Sterke sider kan for eksempel være at de som sliter med tradisjonelle fag, ofte er flinke med hendene. Arbeid innen kunst, kokkelering eller håndverkssektoren er områder hvor de kan oppnå stor trivsel. Empati og forståelse, særlig ovenfor yngre barn enn dem selv, er ofte sterke sider hos barn eksponert for rusmidler (Arora et al., 2007). I og med at noen av disse barna kan ha autistiske trekk (Informant), har flere elever hatt suksess i militæret etter endt skolegang, der klare regler og strukturerte omgivelser står sterkt (Arora et al., 2007). Et høyt nivå av beskyttende faktorer har vist seg å kunne resultere i progredierende (synkende) grad av atferdsvansker over tid, uavhengig av ruseksponering og risikoer. Disse funnene er relevante uansett valg av

rusmidler mødrene hadde brukt (Bada et al., 2012). Dette kan muligens vise til en robusthet hos disse barna, hvor de med god stabil støtte, et høyt nivå av intellektuell stimulering og assistanse av selvregulering, vil kunne respondere på den kjærligheten og hjelpen de mottar og få betydelige utviklings- og sosiale gevinster. Slik støtte kan i følge informanten blant annet være lærers positive egnethet i form av godt samspill, toleranse, fleksibilitet og forutsigbarhet.

8 Hva slags behov har prenatalt ruseksponerte barn i skolen?

Et ruseksponert barn har som vi har sett, både sterke og svake sider, som alle andre barn. Hva slags behov har disse barna i skolen og hvordan kan man som lærer tilrettelegge best mulig for disse barnas behov? Jeg vil nå drøfte disse barnas vansker og behov opp i mot et helhetlig syn på barnas utvikling og skolehverdag. Et vanskeområde kan føre til andre vansker og det er dermed viktig å se både delene og helheten som nevnt innledningsvis i masterprosjektet. Dette kapittelet er delt inn i vanske kategorier for en bedre oversikt. Vanske kategoriene er valgt etter relevans for besvarelse av problemstillingen.

8.1 Atferdsvansker

På bakgrunn av at funnene har vist betydelige atferdsvansker i forskjellige variasjoner, vil det være naturlig å finne ut hva slags spesialpedagogisk praksis som kan hjelpe ruseksponerte barn. Funnene peker i retning av at det eksisterer både utagerende og innagerende atferd, slik som ADHD, isolasjon, aggresjon og kriminalitet. Slik atferd bør og kan hjelpes, både reduseres og forebygges.

8.1.1 Oppmerksomhet, impulsivitet og hyperaktivitet

Jeg har tidligere i prosjektet referert til studier som viser at mange ruseksponerte barn har oppmerksomhetsvansker. Det er funnet svekkelser i oppmerksomhetsprosesseringen, noe som gjør at de ikke har like langt oppmerksomhetsspenn som andre barn (Bandstra et al., 2001). Oppmerksomhetsvansker er et sammensatt begrep og andre begrep som våkenhet, fokusering, vedvarende oppmerksomhet, skifte av fokus, delt oppmerksomhet, tempo for informasjonsbearbeiding og oppmerksomhetsspenn dekker ulike sider av en sammensatt funksjon (Øgrim & Gjærum, 2008). Ved ADHD er det spesielt vansker med oppmerksomhet

som er kjennetegnet, i tillegg til impulsivitet og hyperaktivitet. Hovedproblemet hos hyperaktive barn dreier seg om svikt i evnen til vedvarende oppmerksomhet og impulsivitet, noe som viser at hyperaktiviteten er sekundær til oppmerksomhetsvanskene og impulsiviteten. Dette er vansker innen eksekutive funksjoner, som er en betegnelse på en persons evne til problemformulering, planlegging og gjennomførelse av oppgaver. Eksekutive funksjoner er en forutsetning for god fungering i skolen og det sosiale, og er nært knyttet til frontallappen i hjernen, da særlig de fremste områdene (prefrontal cortex) (Leksikon., 2009; Packer & Pruitt, 2010).

Studier har vist at rusmidler som kokain og metamfetamin påvirker den hvite massen i hjernen og endrer utviklingen i frontalhjernen (Derauf et al., 2012). Endringer i frontallappen er som sagt knyttet til eksekutive funksjoner og kan gi uttrykk i reguleringsvansker. Det bør derfor tas alvorlig i en undervisningssituasjon, i den forstand at barnet får den tålmodigheten og fleksibiliteten det har behov for. Ruseksponerte barn kan være uoppmerksomme, impulsive og hyperaktive, og uten god støtte fra voksenpersonene rundt vil dette kunne gi utslag i dårlig sosial fungering og forskjellige atferdsvansker. Her kan lik spesialpedagogisk praksis som i tilfeller med ADHD, gi det ruseksponerte barnet den tilretteleggingen det trenger, da mange av symptomene er svært like. Det handler altså blant annet om struktur, forutsigbarhet og gjentakelser. Det ser ut til at ca. 70% av barn med ADHD diagnose fremdeles har diagnosen som ungdommer, noe som også vil kunne gjelde mønsteret av ADHD lignende symptomer hos ruseksponerte barn (Øgrim & Gjærum, 2008). Selv om man på den ene siden kan se likhetstrekk ved symptombildet ved ADHD og ruseksponerte barn, vil man på den andre siden måtte ta hensyn til at de kan ha andre behov. Som informanten sa kan den kunnskapen eleven lærte i dag, være glemt i morgen for så å være tilbake dagen etter. Vi må ikke glemme at denne barnegruppen kan ha uforutsigbare uttrykk for evner og ferdigheter.

Det er viktig å huske at impulsive, hyperaktive barn med oppmerksomhetsvansker også har sterke og positive sider som man bør forsøke å fremme. Lærere bør forsøke å være detektiv og lete etter det mestrende og gode ved barnet, for på den måten å hjelpe barnets selvfølelse og faktiske ferdigheter. Det at læreren ser det positive vil igjen kunne påvirke barnet til også å tenke positivt om seg selv, og dermed få motivasjon til å arbeide med skolearbeidet. Dette viser til den gjensidige påvirkningen nevnt tidligere. For eksempel ser man at barn med ADHD ofte er idérike, nysgjerrige, hjelpsomme, sensible og har en sterk rettferdighetssans

(Bastian, Egge, & Keeping, 2009), noe som også kan gjelde de ruseksponerte barna. Det kan være vanskelig å jobbe selvstendig for barn med mye uro i kroppen og som har oppmerksomhetsvansker. Læreren kan hjelpe eleven å komme i gang med de forskjellige oppgavene ved å komme bort til pulten, og se til at eleven henter frem det nødvendige utstyret og tar fatt på oppgaven. Det er også viktig at eleven får forklart nøyaktig hva oppgaven dreier seg om og nøyaktig hva hun eller han er forventet å skulle gjøre. I gruppeoppgaver bør læreren gi eleven noe konkret å gjøre, helst noe læreren vet eleven er flink til. Pauser i skoletimene kan være nødvendig, og man kan for eksempel avtale tegn mellom lærer og elev for når eleven har behov for det. Denne avtalen om tegn kan også være smart når det er snakk om kommunikasjon angående urolig atferd i klasserommet, slik at eleven slipper å bli utpekt i klassen som en bråkmaker. Gjentatte tilnærmelser grunnet uro vil også kunne påvirke selvfølelsen til eleven, noe som er viktig å ta hensyn til da vi vet at disse barna har en økt risiko for psykiske vansker.

Plassering i klasserommet kan være en avgjørende faktor, da eleven kan ha behov for skjerming både for sin egen arbeidsro og unngåelse av å forstyrre medelevene. Oppmuntring, forberedelse, repetisjon, direkte beskjeder og forståelse og hjelp i vanskelige situasjoner med medelever er ting som går igjen av hvordan læreren kan legge til rette for elever med ADHD symptomer (Bastian et al., 2009; Rief, 2005). Imidlertid kan det bli problematisk å iverksette alle slike tiltak, da utdelte ressurser ofte blir spredt utover flere barn med vansker i én klasse. Det å få tid og materiell til å strekke til kan bli vanskelig for læreren, noe som vil gjelde på et generelt grunnlag og ikke kun for de ruseksponerte barna. Slike tiltak kan også føre med seg ulemper som for eksempel at barnet kan bli stigmatisert i forhold til resten av klassen. Med det mener jeg at eleven kan bli hengt ut blant annet som lat, lærerens yndling eller bråkmaker som nevnt ovenfor. Læreren bør derfor reflektere og veie fordeler og ulemper ved måten han eller hun velger å utføre slike tiltak og i planleggingen av undervisningsopplegg. Igjen handler det her om å forsøke å forebygge alvorlige atferdsvansker som igjen kan føre til psykiske vansker.

Et høyt nivå av beskyttende faktorer er assosiert med nedadgående atferdsvansker over tid, uavhengig av ruseksponering og risikoindeks (Bada et al., 2012). Noe som kan være til hjelp i så henseende er litt alternative strategier. Dette kan for eksempel innebære pusteteknikker, yoga, visualisering, idrett og musikk aktiviteter (Haugland & Tangen, 2012; Packer & Pruitt, 2010). Derimot vil dette også kunne bli en belastning, og gå på bekostning av andre ressurser

tilgjengelig. Differensiert undervisning, forskjellige læringsstrategier, klasseledelse og en positiv forventning er imidlertid noe lærer bør og kan ta hensyn til. Ruseksponerte barn kan bli fort avledet, så en strategibok, praktisk undervisning og multisanseundervisning kan også være til hjelp. Med det menes at mye av den muntlige undervisningen kan gå ”hus forbi”, og det bør legges opp til mer læring gjennom handling (Vetthus & Bjelland, 2006). Videre er åpenhet om vanskene viktig (Informant), og et godt klassemiljø og tilhørighet. For øvrig bør åpenhet rundt barnets vansker til resten av medelever og eventuelt deres foreldre, diskuteres med barnet det gjelder og dets foresatte. Det kan tenkes at de kun ser ulemper med en slik åpenhet, som for eksempel mobbing slik informanten trekker frem. Deres perspektiv og tanker bør uansett bli hørt og respektert.

En lærer skal ikke være autoritær, men autoritativ. Dette gjelder også lærere til barn som har oppmerksomhetsvansker, er impulsive og hyperaktive. Læreren bør ha tett oppfølging, ha blikkontakt, gi en beskjed om gangen, gi hyppige tilbakemeldinger og forebygge at videre vansker oppstår (Haugland & Tangen, 2012). En annen faktor som også går under det å være en autoritativ lærer, er at man etablerer en god lærer- elev relasjon. Med tanke på beskyttende faktorer, vil også tverrfaglig samarbeid og et godt samarbeid med foreldre kunne fungere både beskyttende og forebyggende. Effekten av prenatal ruseksponering kan fortsette langt inn i barndommen, noe som er alarmerende i og med at utagerende atferdsvansker i denne alderen er en moderat prediktor for antisosial atferd og rusmisbruk gjennom ungdomstiden (S. M. King, Iacono, & McGue, 2004; Loeber & Hay, 1997).

8.1.2 Innagerende atferd

Det har i tillegg til utagerende atferd også blitt funnet en sammenheng mellom prenatal ruseksponering og innagerende atferd (McLaughlin et al., 2011). Innagerende atferd kan igjen føre til angst og depresjon (Informant)(Berg, 2005), og bør derfor tas alvorlig. Denne atferden har fått og får fremdeles mindre oppmerksomhet i skolen enn utagerende atferd. Dette antakeligvis fordi utagerende elever ofte også skaper problemer for andre enn seg selv, slik at det må tas tak i av lærerne. Lærere kan også bli usikre på om og hvordan de skal reagere og handle i forhold til innagerende elever. En mulighet er at lærere føler seg truet av slike elever, i den forstand at de selv kjenner på et ubehag ved å ikke nå frem slik de er vant til. I slike tilfeller bør læreren jobbe bevisst med sin forventning til eleven og med samspillet og relasjonen dem i mellom. Slike elever er sjelden noe problem for andre, men sliter ofte

med egne tanker og følelser (Ogden, 2009). Hvis all energi og oppmerksomhet er rettet innover, vil dette kunne gjøre det vanskelig å nå sitt fulle potensial i skolen og vil øke risikoen for psykiske vansker. Elever med innagerende atferd blir ofte passivisert i klasser og sammenhenger med mye støy og aktive elever. Depresjon, sosial angst og tilbaketrekning, er alle forhold som kan handle om innagerende atferd (Ogden, 2009), og som igjen viser til risikoen for psykiske vansker. Tidligere undersøkelser har vist at engstelige og deprimerte elever har vanskelig for å hevde seg og mangler sosial kompetanse (Informant; (Ogden, 2009). I tillegg til å heve deres sosiale kompetanse, kan det å lære eleven selvhverdelsesferdigheter gi muligheter for sosial vekst.

Sosial skjerming (plassering av pult), mindre grupper, jevnaldrende ”mentor” og samtaler med både lærer og i samtalegrupper kan skape en trygghet hos eleven. Derimot må ikke dette gå på bekostning av elevens psyke, og hvor mye man skal presse til slike tiltak bør avtales mellom lærer og elev. Denne tryggheten som kan skapes vil kunne bli en beskyttende faktor for både psykisk helse og videre vansker. For å fremme elevens psykiske helse bør også god sosial relasjon mellom lærer og elev bli prioritert, samt å hjelpe eleven til å utvikle mestringsferdigheter, positiv selvvurdering og fremme et godt klassemiljø (Ogden, 2009). Som nevnt innledningsvis har elevene rett på et godt psykososialt miljø i skolen (Kunnskapsdepartementet, 1998). Wallen og Gleason (2012) hevder at en av de største effektene av prenatal ruseksponering vil kunne være den økte risikoen for omsorgssvikt, mishandling og et urolig hjemmemiljø. På den andre siden viser de til at barn eksponert for opioder har høyere risiko for oppmerksomhetsvansker, uavhengig av barnets oppvekstmiljø. Jeg vil med tanke på dette komplekse bildet understreke at lærere uavhengig av barnets vansker ikke må glemme at de har meldeplikt til barnevernet der det foreligger mistanke om barnets ve og vel er utsatt.

8.2 Kognitive vansker

Kognisjon kommer av det latinske ordet ”cogito” (kanskje mest kjent fra René Descartes ”cogito, ergo sum”, jeg tenker - altså er jeg.) Kognisjon innebærer altså en form for erkjennelse, en oppfattelse av verden, lagring og en bearbeidelse av erfaringer og en strategi for handling (Tetzchner, 2001). Som tidligere nevnt har funn fra studier vist en sårbarhet for kognitive svekkelser hos ruseksponerte barn i forskjellige alderstrinn. Det har blitt funnet både en økt sårbarhet og signifikante effekter på nevrale mekanismer hos disse barna. Det vil

si funksjoner i hjerneaktiviteten, og effekter på disse funksjonene vil si en skade på nervesystemet i hjernen som påvirker kognisjon. Områdene hvor det er funnet svekkelser er; visuomotorikk (øye-hånd koordinasjon), perseptuelle evner (praktisk resonnering), hørsel og tale. Visuomotoriske vansker vil si vansker med å samordne synsinntrykk og motorikk, noe som kan gjøre skriftutforming, tegne og sette sammen ting (byggesett) vanskelig (Dalin, 2008). Visuomotoriske vansker kan også føre matematikkvansker for noen. Perseptuelle vansker handler om vansker med å koordinere og samordne sanseinntrykk, noe som innebærer å velge ut inntrykk og se bort i fra det uvesentlige. Dette kan igjen gjøre det vanskelig å konsentrere seg på skolen, og tappe energi under undervisningen. Dette samsvarer med ADHD symptomene man ser hos disse barna. Praktisk resonnering handler om å finne løsninger på praktiske aktiviteter, altså en vanske innen perseptuelle evner (Dalin, 2008).

Dersom man vet om mors rusmiddelbruk under svangerskapet, vil man kunne predikere eller i alle fall ta hensyn til at visse ferdigheter hos barnet muligens er svakere og slik bedre legge til rette i undervisningen. Som informanten sa, er det viktig å ikke kun tenke én diagnose, men se sterke og svake sider. Dersom en elev får diagnosen ADHD, og det er en rusbasert skade involvert, vil eleven kanskje ikke få optimal tilrettelegging. Det som kanskje er en mer komplisert skade, vil kunne sees på som at eleven ikke får det til eller er vanskelig på grunn av atferdsvanskene. Slik informanten sa, må man ta høyde for at ikke symptombildet er likt som ADHD i alle tilfeller. Ruseksponerte barns prestasjoner henger ofte sammen med deres dagsformvariasjoner, som går ut på at; ” det du kunne i dag, har du glemt helt i dag og så husker du kanskje i morgen igjen” (Informant). Med tanke på det høye antallet av ADHD diagnoser som finnes i dag (Packer & Pruitt, 2010), kan det være riktig å foreta en bredere utredning. På den måten kan man legge til rette for vanskene som vises der og da, samt for vansker som potensielt kan komme på et senere tidspunkt når hjernens struktur og funksjoner utvikles.

Tilfeldig ansiktsminne og tilfeldig ordminne er oppgaver der ruseksponerte barn skåret signifikant lavere (Betancourt et al., 2011). Disse testkategoriene viser til ferdigheter innen hukommelse og konsentrasjon, samt visuomotorikk. Svekkelser i visuelle funksjoner kan også innebære vanskeligheter med å tolke andres kroppsspråk effektivt, kjenne igjen ansikter, resonnerer over og finne logikken ved praktiske problemer (Dalin, 2008). Dette kan gi barn problemer med sosiale koder og jevnaldrende. Viktigheten av trening på sosial kompetanse

for denne barnegruppen må derfor understrekes og er noe jeg vil ta opp igjen senere. En annen måte å imøtekomme denne elevgruppens behov er at man kan velge ut undervisningsmateriell som fremmer de positive og sterke sidene mange av de har. For eksempel slik som kreativitet, spontanitet og empati (Informant). Vansker innen det visuelle kan også gi problemer med organisering, innlæring og med det å huske det man ser, og kan gjøre eleven sårbar for lærevansker. En klinisk implikasjon er derfor at fagpersoner og andre som jobber med ruseksponerte barn, burde være klar over at disse barna kan vise seg å være barn med spesielle behov. Bevissthet om og hensyn til at ruseksponerte barn kan ha slike kognitive svekkelser vil legge grunnlaget for en god undervisning og oppfølging av barnet det gjelder.

8.2.1 Kognitiv svekkelse - Årsak til atferdsvansker?

Man kan tenke seg at vansker innen det kognitive kan føre til vansker innen andre områder, da flere av de kognitive ferdighetene overlapper barnets generelle utvikling. For eksempel vil de kognitive svekkelsene muligens kunne påvirke/forårsake atferdsvanskene som vises hos de ruseksponerte barna. Symptomer på ADHD, som nevnt ovenfor, vil kunne tas i betraktning av hva som ligger til grunn for vanskene. Elevens vanske har en årsak, og tilrettelegging må vurderes i forhold til hva som er elevens sterke og svake evner. Både svake ferdigheter innen perseptuelle evner, og visuomotoriske evner vil kunne påvirke atferden og den sosiale kompetansen hos elevene. På den måten kan man si at de vanskene som er blitt funnet mest i studiene av prenatalt ruseksponerte barn, altså atferdsvansker, muligens kan bunne i en kognitiv svekkelse.

8.3 Sosial kompetanse

Forskningsresultatene peker i retning av at det er en sammenheng mellom barn eksponert for rusmidler i fosterlivet og manglende sosial kompetanse. Barn tilbringer store deler av hverdagen sin på skolen i samhandling med andre, og skolen er viktig for barn når det gjelder både sosial, emosjonell og akademisk fungering. Dette kommer kanskje best frem i et studie hvor barn som viser problematferd også viser lav sosial kompetanse og lave skolefaglige ferdigheter (Jahnsen, Ertesvåg, & Westrheim, 2008). Dette kan sees i likhet med både informasjon gitt av informanten og forskningsresultater som viser til problematferd. Noen studier har også funnet en direkte effekt på sosial kompetanse grunnet ruseksponering (Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Irner et al., 2012). Sosial kompetanse kan defineres slik:

Sosial kompetanse er relativt stabile kjennetegn i form av kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Den fører til en realistisk oppfatning av egen kompetanse, er en forutsetning for sosial mestring, og for å oppnå sosial akseptering eller etablere nære og personlige vennskap.

(Ogden, 2009, p. 207).

Ferdigheter integrert i sosial kompetanse består av blant annet; empati, samarbeid, selvkontroll, selvhevdelse og ansvarlighet (Ogden, 2009). Både problematferd og manglende sosial kompetanse vil kunne gå igjen hos gruppen ruseksponerte barn, i den forstand at impulsiviteten (manglende selvkontroll på grunn av reguleringsvansker) og oppmerksomhetsvanskene kan føre til at de kan lett falle utenfor fellesskapet. Dette kan blant annet være ved at de kommer i bråk med jevnaldrende, eller rett og slett bli holdt utenfor grunnet ”unormal” oppførsel. I motsetning til disse svekkede ferdighetene, vil jeg trekke frem ruseksponerte barns styrke i sin empati. Empati er å vise omtanke og respekt for andres følelser, og består blant annet av evnen til å leve seg inn i andres situasjon (Ogden, 2009). Egenskapen empati er noe som blir trukket frem som ressurs især hos ruseksponerte barn, og er også en ferdighet som inngår i sosial kompetanse. Det kan derfor tenkes at opptrening av sosial kompetanse hos denne elevgruppen må sees i lys av hvilke ferdigheter innen sosial kompetanse de allerede innehar og hvilke de har vansker med. Lærerens fremhevelse av barnets sterke sider eller kvaliteter vil kunne heve den sosiale statusen blant jevnaldrende, og på den måten skape rom for relasjoner.

Sosial kompetanse kan være en beskyttende faktor for uheldig negativ utvikling, særlig for innagerende elever (Jahnsen et al., 2008), som tidligere nevnt. Nære relasjoner og vennskap er et fundamentalt behov hos alle mennesker, og et positivt gjensidig samspill med jevnaldrende, altså elevens evne til å mestre sosiale settinger, er av stor betydning for utviklingen av elevens identitet og deres livskvalitet (Jahnsen et al., 2008). Ruseksponerte barn som viser manglende sosial kompetanse eller antydning til det, kan derfor dra nytte av opplegg i skolen som oppmuntrer til nære relasjoner og økt sosial kompetanse. Med det menes for eksempel gruppearbeid, to og to oppgaver (think –pair- share) og etter skoleaktiviteter. Dette vil også kunne være primærforebyggende.

..forutsigbarhet, mens de selv er veldig uforutsigbare. Det høres kanskje veldig paradoksalt ut, men det tror jeg er en beskrivelse som passer på veldig mange av de. Så selv om du er uforutsigbar, så skal ikke jeg være det, ikke sant? Jeg må for så vidt både være fleksibel, men samtidig være forutsigbar.

I motsetning til at barna som kan oppleves som uforutsigbare av andre, har de ruseksponerte barna et stort behov for at de rundt er forutsigbare. Med det menes at medelevene må være forutsigbare i sin samhandling med eleven, og det krever også at læreren er fleksibel i sitt arbeid og i sin timeplan slik informanten forteller. Da disse barna kan være uforutsigbare både fra lærers og medelevers synsvinkel, vil det i tillegg til en stabil og forutsigbar lærer kunne hjelpe å trene på de sosiale kodene. Fortrinnsvis tenker jeg at det vil hjelpe i forhold til konfrontasjoner i lek og barnets forståelse av andre medelever. På den måten vil eleven oftere unngå tilkortkomning i samhandling med andre, og selvfølelsen vil bli ivaretatt. Siden vi vet at den ruseksponerte eleven vil kunne være uforutsigbar, så kan i hvert fall de sosiale evnene bli bedre slik at barnet bedre kan forklare ut i fra sitt ståsted til andre og skjønne at medelever ikke alltid ser det på samme måten. Man kan sammen med barnet bli enige om og utarbeide mål og strategier for sosial trening (Packer & Pruitt, 2010). Dette kan være strategier foreldre og lærere kan ta i bruk for å hjelpe eleven og egne strategier barnet skal ta i bruk. Lærere bør selvfølgelig følge opp og støtte barnet i å nå disse målene.

Som tidligere presentert er samspill en toveistrafikk mellom to eller flere personer. Jeg mener at et godt samspill mellom elev og lærer vil påvirke elevens sosiale forståelse, og videre kunne styrke elevens emosjonelle labilitet. For øvrig forutsetter dette at læreren er bevisst sin egen holdning og væremåte ovenfor eleven, og ikke minst at læreren har positive forventninger til elevens utvikling. Barn med ADHD symptomer kan vise en utagerende atferd, noe som vil kunne føles provoserende for læreren. Læreren bør derfor være bevisst på hvordan eleven påvirker ham eller henne. Rosenthaleffekten vil her kunne brukes som en modell for arbeid med sin forforståelse og lærerens uttrykk og arbeid med eleven det gjelder. Imidlertid vil en måtte passe på at en nær relasjon mellom lærer og et bestemt barn, ikke overskygger de andre elevenes behov eller virker stigmatiserende for eleven. Eventuelt kan en legge opp til at en annen voksen person blir barnets nærmeste kontakt, dersom stigmatisering kan se ut til å bli aktuelt i klassen. Imidlertid bør man i et slikt tilfelle jobbe mer med klasseledelse og klassemiljø.

8.4 Språkvansker

Funnene fra litteraturstudiet viste en varig stabil effekt på ruseksponerte 3 - 7 åringer, og ungdommers språkevne (Bandstra, Morrow, Accornero, et al., 2010; Bandstra et al., 2004), med unntak av to studier som ikke fant noen signifikant sammenheng mellom rusens effekt og barnas språkevne (Beeghly et al., 2006; Betancourt et al., 2011). Lewis et al. (2011) sitt studie viser til ruseffekter på syntaksen, semantikk og den fonologiske prosesseringen. Dette vil si at ruseksponerte barn vil kunne ha problemer med å sette ord sammen til setninger (syntaksen), forstå ord og setningers betydning uavhengig av situasjon (semantikk), og gjenkjenne språklyden i bokstaver og ord (fonologisk prosessering). Noen av disse vanskene kan indikere en form for språkvanske. Spesifikke språkforstyrrelser forekommer oftere hos barn med ADHD enn de uten (Haugland & Tangen, 2012), noe som kan vise til en komorbiditet hos denne barnegruppen ettersom det er en stor grad av ADHD symptomer hos dem.

Språkvansker vil for mange elever kunne føre til problemer med å nyttiggjøre seg erfaringer i skolen, både i undervisningen og i sosiale settinger. Dette fordi barna ikke er fortrolige med den begrepsverden de møter i skolen (Bele et al., 2008). Dersom man som lærer har en mistanke om språkvansker hos et barn, bør man identifisere og legge til rette for å bidra til at barnet får adekvat trening og tilrettelegging på de områdene i språket de har vansker med å mestre (Sundby, 2002). Her kan man melde eleven til Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), som vil avgjøre om barnet har behov for spesialpedagogisk hjelp, slik som for eksempel logoped. Språket er avgjørende for å tilegne seg ny kunnskap og er noe av det viktigste som skjer i et barns liv (STATPED, 2013). Språket gir barnet identitet og en mulighet for å sosialisere seg og på den måten tilhøre et fellesskap. På denne måten vil språkvansker i lys av samspill også kunne påvirke sosialiseringsprosessen og barnets sosiale kompetanse. Igjen vil trening på sosiale koder kunne være nyttig for det ruseksponerte barnet. Prenatal ruseksponering trenger ikke forårsake ødeleggende hjerneskade, imidlertid kan det muligens resultere i subtil anatomisk og molekylær hjerneskade, som er grunnlaget for de språkvanskene vi ser hos flere av disse barna.

8.5 Samspill

Flere studier har vist til at omsorgsgivers kompetanse når det kommer til samspill og tilknytning kan være en sammenfallende faktor til effekten av ruseksponering i fosterlivet. I

de tilfeller der kontrollgruppen (for eksempel fosterhjemsbarn og adopterte barn) fikk tilstrekkelig med positiv intellektuell stimulering, skåret de høyere på testene som ble utført (McNichol & Tash, 2001). Denne forskjellen blant omsorgsgiverne besto hovedsakelig av omsorgsgivers høyere utdanning, språk, sosioøkonomiske status, sensitivitet og mengden av tilgjengelig litteratur i boligen. Man kan muligens dermed trekke noen linjer mellom den intellektuelle stimuleringen barnet får og i hvilken grad vanskene manifesterer seg. Grunnen til at jeg trekker dette frem her, er for å vise hvor viktig etableringen av et godt samarbeid mellom skole og hjem vil kunne bli for barnets vedkommende. En av de mest virkningsfulle intervensjonene i forhold til intellektuell utvikling har vist seg å være når fagpersoner fungerer som veiledere, og at foreldre/andre omsorgspersoner iverksetter de tiltakene som er aktuelle (Smith & Ulvund, 2004). Med tanke på at rusmiddelmisbrukere ofte har hatt en vanskelig oppvekst og mange har psykiske vansker (Killén & Olofsson, 2003), vil det i et samfunnsperspektiv være viktig at alle rusmiddelmisbrukende gravide får god veiledning ikke bare i en utredningsfase etter fødsel, men videre gjennom barnets oppvekst. I det henseende vil det kunne tenkes at et par hjemmebesøk i året av fagpersoner ikke er nok, men at det politisk bør legges føringer for en tettere oppfølging av kompetente aktører gjennom et lengre tidsforløp. På den ene siden skal ikke lærere ha noe med dette å gjøre, men på den andre siden vil det kunne være greit å trekke frem grunnet viktigheten av tverrfaglig samarbeid.

Relasjon lærer – elev er gjentatt flere ganger i dette prosjektet som viktig, og lærerens egnethet kan ikke understrekes nok. Hans eller hennes for forståelse og refleksjon til og om den ruseksponerte eleven vil påvirke ikke bare relasjonen, men også elevens kunnskapsoppnåelse, utvikling og selvoppfatning. Det er her snakk om å innta en holdning til eleven og undervisningsopplegget som imøtekommer elevens behov. ”..og vi spør hva kan du? Nei, jeg kan ingenting. Men vi må heller spørre hva liker du? Det var et godt spørsmål. Det er jo mange ting de liker, det gjelder jo deg og meg også, og alle. Det kan vi bedre enn det vi ikke liker. Da har vi lyst til å sette oss bedre inn i og bli god på det.” (Informant). Læreren bør også være bevisst sin egen oppfatning av elevens utseende og vurdere om han eller hun har ”forhåndsdomt” eleven den ene eller andre veien i forhold til evner. Dette tar informanten opp som et problem mange av disse barna har. Det blir derfor viktig at man får en ordentlig forståelse av elevens evner og ressurser, samt behov. Med det menes at beskrivelser av vansker og behov, altså elevens sterke og svake sider, skal ligge til grunn for hvordan læreren planlegger undervisning og går inn i relasjoner.

8.6 Kjønnforskjeller

Studier har vist at effektene av rusmiddelbruk på fosterutvikling kan være kjønnsspesifikk, noe som leder til forskjellig utfall for jenter og gutter. Over flere områder ser ruseksponerte gutter ut til å ha de største svekkelsene, mens eksponerte jenter ofte ikke skiller seg ut fra ikke-eksponerte jenter. Hjernebildestudier (MR) har vist at prenatal kokain eksponering påvirker hjerneaktiviteten under impulskontrolloppgaver hos gutter, men ikke hos jenter (Walhovd et al., 2009). Kjønnforskjeller i mottakelighet for effektene av teratogener i fosterutviklingen, samt en større sårbarhet for fødselskomplikasjoner hos gutter kan ligge til grunn for disse kjønnforskjellene hos barn eksponert for rusmidler i fosterlivet. Effektene av prenatal kokain eksponering på vekst og utvikling i ungdomsårene er noe som er mer aktuelt å forske på i dag enn tidligere. Det er viktig å undersøke om effektene varierer med kjønn, gitt antall kjønnsavhengige effekter som har blitt funnet på tvers av områder hos yngre barn. Mer forskning må bekrefte og avgrense vår forståelse av disse kjønnsavhengige effektene og deres etiologi (årsak), og om ulike tilnærminger trengs for å endre skadelige konsekvenser av ruseksponering for jenter og gutter (Kestler, Carmody, Bennett, & Lewis, 2012). For øvrig kan ikke disse kjønnsspesifikke vanskene hjelpe oss i forståelsen og tilretteleggingen for disse barna i skolen. Det kan tenkes at forskjellige innfallsvinkler for behov må sees på, men det enkelte individ må komme først.

Siden spesifikke effekter av prenatal ruseksponering kan forekomme hos barn av ett kjønn, men ikke det andre bør generaliseringer av disse teratogeneffektene være basert på kjønn til de som er eksponert. Lærere og omsorgsgivere har rangert gutter med høy prenatal kokain som signifikant mer kriminelle, aggressive, og med mer atferdsvansker (Delaney-Black et al., 2012). Det er i og for seg ikke så oppsiktsvekkende, da atferdsproblemer er langt vanligere blant gutter enn jenter (Ogden, 2009). Imidlertid kan man med tanke på årsak til atferdsvanskene, bedre legge til rette for gutter i så tilfelle. Studier viser at familieforhold som fysiske overgrep og familieoppløsning er en risikofaktor for jenter, men ikke i samme grad for gutter. Jentene synes med andre ord å være mer sårbare for risikofaktorer i familien enn gutter. Det kan virke som at jenter utvikler problemer i skolen på grunn av den sosiale konteksten og tidligere oppdragelsesproblemer, mens guttene i større grad er utsatt for å mislykkes i skolen fordi de tidlig kan vise tendenser til utagerende atferd og manglende skolemodenhet (Ogden, 2009). Dette bør fagpersoner være bevisst på med hensyn til identifisering og tilrettelegging av vansker.

8.7 Psykisk helse

Både i litteraturstudiet og intervjuet kom det frem at ruseksponerte barn var sårbare for å utvikle angst og depresjon. Rundt 60% av rusmiddelmisbrukere har hatt angstplager og depresjon i løpet av livet (Lauritzen et al., 2012). En norsk undersøkelse viser at 53% av rusmiddelmisbrukere i behandling ble diagnostisert med ”major depression” (Bakken, 2008), og depresjon hos mødre er assosiert med en rekke vansker hos barn, slik som lære- og atferdsvansker, dårlig sosial kompetanse og lav selvfølelse (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Dette vil til dels kunne samsvare med det informanten sa om disse barnas økt risiko for depresjon og selvmord. Med tanke på at ruseksponerte barn allerede har høyere risiko for å utvikle vansker, vil dette være uheldig da faren for at et barn skal utvikle psykiske vansker er større jo flere risikofaktorer som er til stede. For å legge til rette for optimal psykisk helse hos disse barna, vil det bli viktig å sørge for tidlig intervensjon. Dette kan gjøres ved å øke kompetansen hos fagfolk i forhold til hva slags atferd og vansker ruseksponerte barn kan ha. Tidlig tilrettelegging for barnet og det å etablere et godt samarbeid med de foresatte vil kunne gi et godt grunnlag for hjelpetilbudet.

Avhengighet er en kronisk tilbakevendende lidelse hvor mange på kort sikt vil kunne oppnå rusfrihet, men returnere til rusen selv etter lange perioder med forbedringer og stabilitet (Bramness, 2012). Rusmiddelmisbrukende mødre er som sagt i risiko for psykiske lidelser, da særlig innen angst og det affektive spekteret (Suchman, McMahon, Slade, & Luthar, 2005). Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, slik som for eksempel gravide rusmiddelmisbrukere, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP) (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011). Individuell plan er et verktøy for å sikre bedre samhandling mellom de ulike tjenestenivåene. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, viser til at kommunen har et ansvar for å se til at den individuelle planen blir utarbeidet også når behandlingen omhandler spesialisthelsetjenester (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011). Retten til IP er for øvrig også nå hjemlet i NAV- loven, §15 og barnevernloven §3-2a (Barnevernloven., 1992; NAV-loven., 2006). Formålet med den individuelle planen er tredelt og omhandler blant annet at den individuelle planen skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, tjenestemottaker og de pårørende. Dette vil være særlig styrkende for hele familien, men ikke minst for barna, da evalueringen av rusreformen påpekte at den største utfordringen er manglende sammenheng i tjenestetilbudet (Lie, 2006). Dersom flere rusmisbrukende gravide og mødre får individuell plan kan det hjelpe tjenesteyterne til å

samhandle bedre, og således skape bedre oppvekstvilkår og grobunn for utvikling hos de barna som har blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet. I de tilfeller barnet også har behov for en IOP eller IP, skal dette utføres og følges opp (Kunnskapsdepartementet, 1998).

Studier viser at kombinasjon av ADHD og angstlidelser kjennetegnes med mindre alvorlig impulsivitet og mer alvorlig uoppmerksomhet. Av førskolebarn med ADHD, viser det seg at ca. 50% i tillegg har en depresjon. Kombinasjonen ADHD og depresjon kan ofte føre til en lavere fungering enn når man kun har én av lidelsene og de barna som i tillegg til ADHD viser stor grad av aggresjon eller har atferdsforstyrrelser, har de høyeste nivåene av depressive lidelser (Haugland & Tangen, 2012). På den ene siden viser dette til en økt risiko for angst og depresjon hos ruseksponerte barn, men på den andre siden er som sagt symptombildet i denne barnegruppen noe annerledes og det vil derfor kanskje ikke stemme helt overens med det overstående. Uansett bør man tenke forebyggende med tanke på psykiske lidelser. Med hensyn til de sosiale vanskene nevnt tidligere og de implikasjoner det kan få for barnets psykiske helse, bør det psykososiale miljøet i skolen/klassen jobbes kontinuerlig med. Det er nedfelt i opplæringslova §9-a3 at skolen aktivt skal fremme et godt psykososialt miljø der eleven kan føle trygghet og sosial tilhørighet (Kunnskapsdepartementet, 1998). Det finnes flere opplæringsprogrammer som fremmer god psykisk helse i skolen, både i grunnskolen, ungdomsskolen og videregående. *"Psykisk helse i skolen"* er en nasjonal skolesatsing som både gir lærere det verktøyet de trenger for å jobbe med dette, og hvor elevene aktivt kan delta (Barne- et al., 2005). Her handler det om å arbeide både preventivt og gi elevene den åpenheten dette tema trenger. Det er imidlertid viktig å holde fast ved at langt fra alle ruseksponerte barn utvikler psykososiale vansker. Blant annet må man ta i betraktning miljøfaktorer og spesielt i hvilken grad omsorgsgiver klarer å være sensitiv ovenfor sitt barn. Allikevel bør fagfolk/lærere være seg bevisst sin egen rolle i arbeidet med disse sårbare barna, og evaluere den transaksjonen som foregår mellom seg selv og eleven. Samt etablere et godt samarbeid med de foresatte og eventuelle andre instanser der det er aktuelt. Ruseksponerte barn er en risikogruppe der fagfolks åpne øyne, åpne sinn, åpne hjerter og engasjement kan utgjøre en stor forskjell.

9 Avsluttende refleksjoner

Jeg har i dette prosjektet forsøkt å samle og forstå den kunnskapen som ligger tilgjengelig om prenatalt ruseksponerte barns vansker og behov. Denne kunnskapsutviklingen mener jeg er viktig for å alle som arbeider med barn og unge voksne som har blitt eksponert for rusmidler, da disse barnas behov fordrer en kompetanse hos fagpersoner. Resultatene fra mitt masterprosjekt har vist at det er noen sekundærvansker som går igjen i denne barnegruppen, og som det derfor er viktig å vite om. Hvis man er lærer til et prenatalt ruseksponert barn, hvilke vansker kan man regne med vil vise seg og hvilke behov har de? Undersøkelsene mine har vist at barn eksponert for andre rusmidler enn alkohol, er særlig sårbare blant annet for atferdsvansker slik som oppmerksomhetsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet. I tillegg har de høyere risiko for å utvikle språkvansker, sosiale vansker og psykiske vansker.

Forskningsstudier viser også at disse barna kan ha kognitive vansker, forårsaket av nevrologiske endringer i hjernestrukturen. Disse utviklingsmessige endringene kan også være en mulig årsak til de andre vanskene vi ser går igjen hos denne barnegruppen. Imidlertid har funnene mine vist at det fremdeles eksisterer visse kunnskapshull, som betyr at noen områder ikke har blitt forsket i stor nok grad på. I forsknings- og forebyggingsøyemed; hvor stor faktor spiller dosen og hvilket rusmiddel som har blitt brukt, inn på vanskene til barnet? Det som vanskeligst lar seg generalisere, er selvfølgelig resultater basert på en populasjon eller en gruppe med svært ulike oppvekstsituasjoner. Hva av omsorgs- og miljøfaktorer har vært med å påvirke resultatet av vansker hos barnet? Kun ved å virkelig forstå denne barnegruppen som har en høy risiko for utviklingsmessig og atferdsmessig skjevutvikling, vil vi kunne gi dem optimal omsorg og redusere deres vansker og ekstra behov i skoleårene.

I dette masterprosjektet viser jeg til en begrenset mengde forskningsresultater og enkelte kunnskapshull. Imidlertid vil jeg mene at resultatene fra mitt prosjekt viser til mye kunnskap om ruseksponerte barn som fagpersoner kan bruke i tilretteleggen for økt læring og trivsel hos disse barna. Arbeidet med denne barnegruppen gjelder heller ikke kun tilrettelegging, men klasseledelse, klassemiljø og være den éne, trygge, forutsigbare personen barna kan forholde seg til. Det å vite hvem disse barna er, har også mye å si for både forebygging og tilrettelegging. Dette er noe som er vanskelig slik forholdene er nå, med hensyn til både skam, tabu og taushetsplikt. Mitt håp er at det blir mer åpenhet om bruk og misbruk av rus i svangerskapet. Dette vil muligens kunne løsne opp for at barns beste og kunnskapsformidling om dem virkelig blir førsteprioritet blant både de rusmisbrukende gravide og de som arbeider

med gravide. Denne åpenheten bør ikke være kun blant kvinner, gravide og mødre, men også i storsamfunnet.

9.1 Veien videre

Kunnskapshullene på dette feltet er sentrale i veien videre, og gir muligens en pekepinn på hva som bør forskes på i fremtiden. Dessverre har det gjentatte ganger vist seg vanskelig å få valide data, på grunn av den store blandingsbruken blant rusmiddelmissbrukende gravide. Det er også en høyere forekomst av omsorgssvikt hos ruseksponerte barn, muligens assosiert med dårlig foreldreforberedelse og ferdigheter, økt uro hos spedbarnet og stresset ved mors pågående rusmisbruk eller avvenning (McNett, 2007). Utfordringer med små utvalgsstørrelser, bruk av forskjellige diagnostiske kriterier og vurderinger og mangelen av kontroll for andre variabler innen forskningsfeltet av prenatal ruseksponering kan som tidligere nevnt gjøre det vanskelig å generalisere. Det er fremdeles vesentlige spørsmål som trenger ytterligere undersøkelser. For eksempel, hva er konsekvensene på fosterets hjerneutvikling ved at en gravid kvinne med psykisk lidelse fortsetter medikamentell behandling? Finnes det kritiske eller sensitive perioder i fosterets hjerneutvikling som er mer eller mindre sårbare for eksponering for spesifikke stoffer? Hvilke teratogener påvirker hva? Og hvor stor faktor spiller andre variabler, slik som omsorgsgiver og miljø inn på vanskene? I og med at det meste av forskningen på dette feltet er sentrert i Nord-Amerika, vil også kulturforskjeller oppstå som gjør generalisering av resultater til Norge usikkert og lite generaliserbare. Det kan hende at Norge bør utføre flere av sine egne studier basert på de stoffene som blir brukt mest av her i landet (opiater og reseptbelagt medisin). Det som vil være viktig er å skape enkle utviklingsmodeller som tydelig viser disse påvirkningene. Slike modeller vil hjelpe beslutningstakere i å utvikle sikre strategier for å redusere forekomsten av prenatal ruseksponering, og i gjennomføringen av effektiv behandling som optimaliserer en sunn utvikling av fosteret i de tilfeller prenatal ruseksponering likevel skulle forekomme (Thompson, Levitt, & Stanwood, 2009). For eksempel kan transaksjonsmodellen hvor både risikofaktorer og beskyttende faktorer blir sett på, i stedet for eller i tillegg til den teratogene medisinske modellen være bedre grunnlag for videre forskning (Moe, 2002b).

Viktige endringer i hjernestrukturen og –funksjoner skjer gjennom ungdomsårene (Betancourt et al., 2011), og ofte kan ikke spesifikke kognitive og nevropsykologiske funksjoner bli vurdert pålitelig før barnet når en bestemt alder eller aldersnivå (Moe, 2002a).

Det er derfor mulig at prenatal ruseksponering har latente effekter, såkalte "sleeper effects" på nevrokognitive utfall som ikke manifesterer seg før ungdomstiden eller i de tidlige voksenårene (Smith & Ulvund, 2004). Det vil også kunne være viktig å ta med barnets selvrappotering i videre studier, da hemmelig utagerende atferd ikke vil være med på lærer/omsorgsgivers rapportering, og kan tilsløre potensielle relasjoner mellom prenatal ruseksponering og atferdsvansker. Jeg vil derfor avslutte med et ønske om mer forskning om rusens effekter, både på barns utvikling og i senere alder og økt kunnskap og åpenhet rundt denne barnegruppen.

Litteratur liste

- Aase, T. H. (1997). Tolkning av kategorier. I E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase. I *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (s. 143-166). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research*. California: Sage publications Inc.
- Amundsen, E. J., Lund, I., Bretteville-Jensen, A. L., Skretting, A., Rise, J., & Nordlund, S. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet?: betegnelser, begreper og omfang* (Vol. 4/2010). Oslo: SIRUS.
- Arora, D., Buchanan, R., Gallagher, K., Heller, S., Horton, A. V., Morse, B., . . . Rubin, J. (2007). *Reach to Teach: Educating Elementary and Middle School Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. (SAMSHA). Hentet 25.oktober fra; http://fasdcenter.samhsa.gov/documents/reach_to_teach_final_011107.pdf
- Askildt, A., & Johnsen, B. H. (2008). Spesialpedagogiske røtter og fagets utvikling i Norge. I E. Befring & R. Tangen, I *Spesialpedagogikk*. (Vol. 4 utg, s. 74-90). Fagernes: Valdres Trykkeri.
- Bada, H. S., Bann, C. M., Bauer, C. R., Shankaran, S., Lester, B., LaGasse, L., . . . Higgins, R. (2011, 20. februar). Preadolescent behavior problems after prenatal cocaine exposure: Relationship between teacher and caretaker ratings. I *Neurotoxicology and Teratology*, 33(1), 78-87. doi: 10.1016/j.ntt.2010.06.005
- Bada, H. S., Bann, C. M., Whitaker, T. M., Bauer, C. R., Shankaran, S., LaGasse, L., . . . Higgins, R. (2012, 13.mars). Protective Factors Can Mitigate Behavior Problems After Prenatal Cocaine and Other Drug Exposures. I *Pediatrics*, 130(6), E1479-E1488. doi: 10.1542/peds.2011-3306
- Bakken, K. (2008). *Psykiske lidelser hos rusmisbrukere med langvarig og omfattende misbruk: en seks års prospektiv studie av pasienter i russektoren*. Oslo: Unipub.
- Bakstad, B., & Welle-Strand, G. (2012). *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Accornero, V. H., Mansoor, E., Xue, L., & Anthony, J. C. (2010). Estimated effects of in utero cocaine exposure on language development through early adolescence. I *Neurotoxicology and Teratology*, 33, 25-35.

- Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Anthony, J. C., Accornero, V. H., & Fried, P. A. (2001). Longitudinal investigation of task persistence and sustained attention in children with prenatal cocaine exposure. *Neurotoxicology and Teratology*, 23(6), 545-559.
- Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Mansoor, E., & Accornero, V. H. (2010, 13.mars). Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. *J Addict Dis*, 29(2), 245-258. doi: 10.1080/10550881003684871
- Bandstra, E. S., Vogel, A. L., Morrow, C. E., Xue, L. H., & Anthony, J. C. (2004, 14.mars). Severity of prenatal cocaine exposure and child language functioning through age seven years: A longitudinal latent growth curve analysis. *Substance Use & Misuse*, 39(1), 25-59. doi: 10.1081/ja-120027765
- Barne-, og Familieetaten., BLD, Utdanningsdirektoratet, helsedirektoratet, S.-o., Mental Helse, Rådet for psykisk helse, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, . . . Barn., V. f. (2005). *Psykisk helse i skolen*. Hentet 20.10.2013, 2013, fra; <http://www.phis.no>
- Lov om barneverntjenester. (1992). Barnevernloven. LOV 1992-07-17 nr 100.
- Bastian, U., Egge, Å., & Keeping, D. (2009). *Barn med ADHD*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Beeghly, M., Martin, B., Rose-Jacobs, R., Cabral, H., Heeren, T., Augustyn, M., . . . Frank, D. A. (2006, 16.mars). Prenatal cocaine exposure and children's language functioning at 6 and 9.5 years: Moderating effects of child age, birthweight, and gender. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(1), 98-115. doi: 10.1093/jpepsy/jsj028
- Befring, E. (2002). *Forskinsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Samlaget.
- Befring, E. (2008). Spesialpedagogikk: problemområder, perspektiver, muligheter. I E. Befring & R. Tangen, *Spesialpedagogikk*. (4 utg, s. 45-73). Fagernes: Valdres trykkeri.
- Bele, I., Helland, T., Ottem, E., Lian, A., Wold, A. H., Lyster, S.-A. H., . . . Solvang, P. K. (2008). *Språkvansker: teoretiske perspektiver og praktiske utfordringer*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Bennett, D. S., Bendersky, M., & Lewis, M. (2008, 20.mars). Children's cognitive ability from 4 to 9 years old as a function of prenatal cocaine exposure, environmental risk, and maternal verbal intelligence. *Dev Psychol*, 44(4), 919-928. doi: 10.1037/0012-1649.44.4.919
- Bennett, D. S., Marini, V. A., Berzenski, S. R., Carmody, D. P., & Lewis, M. (2013, 20.mars). Externalizing Problems in Late Childhood as a Function of Prenatal Cocaine Exposure and Environmental Risk. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(3), 296-308. doi: 10.1093/jpepsy/jss117
- Berg, N. B. J. (2005). *Elev og menneske: psykisk helse i skolen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Betancourt, L. M., Yang, W., Brodsky, N. L., Gallagher, P. R., Malmud, E. K., Giannetta, J. M., ... Hurt, H. (2011, 20.mars). Adolescents with and without gestational cocaine exposure: Longitudinal analysis of inhibitory control, memory and receptive language. *Neurotoxicol Teratol*, 33(1), 36-46. doi: 10.1016/j.ntt.2010.08.004
- Bramness, J. G. (2012). Innledende ord. In K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s. 5-7). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Breggin, P. R., & Breggin, G. (2007). Exposure to SSRI antidepressants in utero causes birth defects, neonatal withdrawal symptoms and brain damage. I *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 19, s. 203-207.
- Burns, L., & Mattick, R. P. Using population data to examine the prevalence and correlates of neonatal abstinence syndrome. *Drug & Alcohol Review*, 26(5), s.487-492.
- Carmody, D. P., Bennett, D. S., & Lewis, M. (2011, 20.mars). The effects of prenatal cocaine exposure and gender on inhibitory control and attention. *Neurotoxicol Teratol*, 33(1), s.61-68. doi: 10.1016/j.ntt.2010.07.004
- Chaplin, T. M., Fahy, T., Sinha, R., & Mayes, L. C. (2009, 20.mars). Emotional arousal in cocaine exposed toddlers: Prediction of behavior problems. *Neurotoxicology and Teratology*, 31(5), s.275-282. doi: 10.1016/j.ntt.2009.05.002
- Chaplin, T. M., Freiburger, M. B., Mayes, L. C., & Sinha, R. (2010, 13.mars). Prenatal cocaine exposure, gender, and adolescent stress response: A prospective longitudinal study. *Neurotoxicology and Teratology*, 32(6), s.595-604. doi: 10.1016/j.ntt.2010.08.007
- Choo, R. E., Huestis, M. A., Schroeder, J. R., Shin, A. S., & Jones, H. E. (2004, 13.mars). Neonatal abstinence syndrome in methadone-exposed infants is altered by level of prenatal tobacco exposure. *Drug Alcohol Depend*, 75(3), 253-260. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.03.012
- Clench-Aas, J., Rognerud, M., & Dalgard, O. S. (2009). Levekårsundersøkelsen 2005. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Hentet 25.10.2013 fra; <http://www.fhi.no/dav/cb6edae52e.pdf>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforl.
- Dalin, R. (2008). *Eleven med ervervet hjerneskade: en veileder basert på nevropedagogisk tenkning*. [Gjøvik]: Øverby kompetansesenter.
- Delaney-Black, V., Chiodo, L. M., Hannigan, J. H., Greenwald, M. K., Janisse, J., Patterson, G., ... Sokol, R. J. (2011, 13.mars). Prenatal and postnatal cocaine exposure

predict teen cocaine use. *Neurotoxicology and Teratology*, 33(1), 110-119. doi: 10.1016/j.ntt.2010.06.011

Delaney-Black, V., Covington, C., Chiodo, L. M., Hannigan, J. H., Greenwald, M. K., Janisse, J., . . . Sokol, R. J. (2012). Prenatal Cocaine Exposure and Age 7 Behavior: The Roles of Gender, Quantity, and Duration of Exposure. In B. Lewis & L. Kestler, *Gender differences in prenatal substance exposure*. (s. 31-53). Washington D.C.: American Psychological Association.

Derauf, C., LaGasse, L. L., Smith, L. M., Newman, E., Shah, R., Neal, C. R., . . . Lester, B. M. (2012, 14.mars). Prenatal Methamphetamine Exposure and Inhibitory Control among Young School-Age Children. *Journal of Pediatrics*, 161(3), 452-459. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.02.002

Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Edland-Gryt, M. B., A.; Skretting, A.; Lund, M.; K. Bye, E. (2012). Rusmidler i Norge 2012. I Helse- og omsorgsdepartementet, (s. 1-139). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Elgen, I., Bruaroy, S., & Laegreid, L. M. (2007, 16.mars). Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. *Acta Paediatrica*, 96(12), 1730-1733. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00522.x

Ellis, L. C., Berg-Nielsen, T. S., Lydersen, S., & Wichstrom, L. (2012, 16.mars). Smoking during pregnancy and psychiatric disorders in preschoolers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(11), 635-644. doi: 10.1007/s00787-012-0300-y

EMCDDA, E. m. c. f. d. a. d. a. (2011). Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union. Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner. Hentet 19.10.2013, fra; http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143743_NO EMCDDA_AR 2011_NO.pdf

Fisher, P. A., Lester, B. M., DeGarmo, D. S., Lagasse, L. L., Lin, H., Shankaran, S., . . . Higgins, R. (2011, 20.februar). The combined effects of prenatal drug exposure and early adversity on neurobehavioral disinhibition in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol*, 23(3), 777-788. doi: 10.1017/S0954579411000290

Fossåskaret, E. (1997). Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse. In E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase, *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 11-45). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Fuglseth, K., Skogen, K., & Fiva, T. (2004). *Masteroppgåva : kort innføring i design og forskningsmetode for spesialpedagogikk og tilpassa opplæring* (Vol. 22/2004). Bodø: Høgskolen i Bodø.

- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research : an introduction*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gummesson, E. (2012). Grounded Glaser. *Grounded Theory. The Philosophy, Method and Work of Barney Glaser*. (s. 225-235). Florida: Brown Walker Press.
- Haakansson, U., & Melkeråen, H. (2007). Rusmidlers skadevirkning på fosteret. *Jordmora*, 2, 9-13. Hentet 05.02.2013 fra;
<http://www.borgestadklinikken.no/files/ladeartikkel-om-rus-og-fosterskader.pdf>
- Haga, W. (2012). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opiodavhengighet. In K. Lossius, *Håndbok i Rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (Vol. 2 utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hagtvet, B. E., & Horn, E. (2008). Forebyggende muligheter i tidlig stimulering og intervensjon. In E. Befring & R. Tangen, *Spesialpedagogikk* (s. 433-457). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Haugland, Y., & Tangen, R. (2012). *Barn med ADHD i barnehagen: tilrettelegging for trivsel, lek og læring*. Oslo: Kommuneforlaget
- Helse- og Omsorgsdepartementet, H. (1999). Spesialisthelsetjenesteloven.
- Helse- og Omsorgsdepartementet, H. (2011). Helse- og omsorgstjenesteloven.
- Helsedirektoratet. (2011). *Økonomiske konsekvenser for Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. (s. 4-18). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Hjardemaal, F. (2002). Vitenskapsteori. In T. A. Kleven (Ed.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. (s. 28-60). Oslo: Unipub og forfatteren.
- Irner, T. B., Teasdale, T. W., & Olofsson, M. (2012, 13.mars). Cognitive and social development in preschool children born to women using substances. *I J Addict Dis*, 31(1), s.29-44. doi: 10.1080/10550887.2011.642766
- Jacobsen, D. I. (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jahnsen, H., Ertesvåg, S. K., & Westrheim, K. (2008). *Utvikling av sosial kompetanse: veileder for skolen*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Kestler, L., Carmody, D. P., Bennett, D. S., & Lewis, B. (2012). Gender-Dependent Effects of Prenatal Cocaine Exposure. In B. Lewis & L. Kestler (Eds.), *Gender differences in prenatal substance exposure*. (s. 11-29). Washington D.C.: American Psychological Association.

- Killén, K., & Olofsson, M. (2003). *Det Sårbare barnet: barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforl.
- King, N., & Horrocks, C. (2010). *Interviews in qualitative research*. London: Sage.
- King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2004, 13.mars). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 99(12), 1548-1559. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00893.x
- Kleven, T. A. (2002). Innledning. In T. A. Kleven, *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. (s. 11-27). Oslo: Unipub forlag og forfatteren.
- Kripos. (2009). *Tallmateriale Kripos*. Oslo: Den nasjonale enhet for bekjempelse av organisert og annen alvorlig kriminalitet.
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa., (1998). Opplæringslova. LOV - 1998- 07-17-61 C.F.R.
- Kunnskapssenteret. (2011). *Slik oppsummerer vi forskning*. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 20.04.2013, 2013, fra; <http://www.kunnskapssenteret.no/hva-kan-vi-tilby/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/attachment/13438?ts=133a2c26dc4>
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. A. R. J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- LaGasse, L. L., Derauf, C., Smith, L. M., Newman, E., Shah, R., Neal, C., . . . Lester, B. M. (2012, 17.februar). Prenatal methamphetamine exposure and childhood behavior problems at 3 and 5 years of age. *Pediatrics*, 129(4), s. 681-688. doi: 10.1542/peds.2011-2209
- Lauritzen, G., Ravndal, E., & Larsson, J. (2012). *Gjennom 10 år: en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling* (Vol. nr. 6/2012). Oslo: SIRUS.
- Leksikon., S. M. (2009). Store Medisinske Leksikon. (SML). Store Norske Leksikon AS. Hentet 30.10.2013, 2013, fra; http://sml.snl.no/eksekutive_funksjoner
- Levine, T. P., Lester, B., Lagasse, L., Shankaran, S., Bada, H. S., Bauer, C. R., . . . Roberts, M. B. (2012, 16.februar). Psychopathology and special education enrollment in children with prenatal cocaine exposure. *I J Dev Behav Pediatr*, 33(5), s.377-386. doi: 10.1097/DBP.0b013e3182560cd9
- Levine, T. P., Liu, J., Das, A., Lester, B., Lagasse, L., Shankaran, S., . . . Higgins, R. (2008, 17.mars). Effects of prenatal cocaine exposure on special education in school-aged children. *I Pediatrics*, 122(1), E83-E91. doi: 10.1542/peds.2007-2826
- Lewis, B. A., Minnes, S., Short, E. J., Weishampel, P., Satayathum, S., Min, M. O., . . . Singer, L. T. (2011, 16.mars). The effects of prenatal cocaine on language development at

- 10 years of age. I *Neurotoxicol Teratol*, 33(1), 17-24. doi: 10.1016/j.ntt.2010.06.006
- Li, Z. H., Coles, C. D., Lynch, M. E., Hamann, S., Peltier, S., LaConte, S., & Hu, X. P. (2009, 20.februar). Prenatal cocaine exposure alters emotional arousal regulation and its effects on working memory. I *Neurotoxicology and Teratology*, 31(6), s.342-348. doi: 10.1016/j.ntt.2009.08.005
- Lie, T. (2006). Evalueringen av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune. (Vol. Rapport IRIS - 2006/228). Oslo kommune: Rusmiddeletaten.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997, 12.mars). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. I *Annual Review of Psychology*, 48, s. 371-410. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.371
- Lorvik, I. M., & Hansen, F. A. (2012). Gravide rusmiddelavhengige. In K. Lossius, *Håndbok i Rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s. 381-397). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lund, I. (2012). *Det stille atferdsproblemet: innagerende atferd i barnehage og skole*. Bergen: Fagbokforlaget
- Lund, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Martin, V. B., & Gynnhild, A. (2012). *Grounded Theory. The Philosophy, Method and Work of Barney Glaser*. Florida: Brown Walker Press.
- Maxwell, J. A. (2009). Designing a Qualitative Study. In L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *The Handbook of Applied Social Research Methods*. (2. utg ed., s. 214-249). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. Hentet 5.februar fra; http://coursesite.uhcl.edu/HSB/PeresSc/Classes/PSYC6036www/presentations/Ch7_qualitativeResearch.pdf.
- McLaughlin, A. A., Minnes, S., Singer, L. T., Min, M. Y., Short, E. J., Scott, T. L., & Satayathum, S. (2011, 15.mars). Caregiver and self-report of mental health symptoms in 9-year old children with prenatal cocaine exposure. *Neurotoxicology and Teratology*, 33(5), s.582-591. doi: 10.1016/j.ntt.2011.03.002
- McNett, W. (2007). Neonatal Abstinence Syndrome. I *Comprehensive Pediatric Hospital Medicine*, 286-291.
- McNichol, T., & Tash, C. (2001). Parental substance abuse and the development of children in family foster care. I *Child Welfare*, 80(2), s.239-256.
- Messinger, D. S., Bauer, C. R., Das, A., Seifer, R., Lester, B. M., Lagasse, L. L., . . . Poole, W. K. (2004, 18.mars). The maternal lifestyle study: Cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. I *Pediatrics*, 113(6), 1677-1685. doi: 10.1542/peds.113.6.1677

- Minnes, S., Singer, L. T., Kirchner, H. L., Short, E., Lewis, B., Satayathum, S., & Queh, D. (2010, 2.april). The effects of prenatal cocaine exposure on problem behavior in children 4-10 years. I *Neurotoxicology and Teratology*, 32(4), s.443-451. doi: 10.1016/j.ntt.2010.03.005
- Moe, V. (2002a). Foster-placed and adopted children exposed in utero to opiates and other substances: Prediction and outcome at four and a half years. I *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(5), s.330-339.
- Moe, V. (2002b). *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to drugs: prediction and developmental outcome at 4 1/2 years*. Oslo: Department of Psychology, University of Oslo.
- Moe, V., Siqueland, T., & Slinning, K. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen, *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s. 303-318). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Moe, V., & Slinning, K. (2001, 2.april). Children prenatally exposed to substances: Gender-related differences in outcome from infancy to 3 years of age. *Infant Mental Health Journal*, 22(3), 334-350. doi: Doi 10.1002/Imhj.1005
- Moe, V., & Smith, L. (2003). The relation of prenatal substance exposure and infant recognition memory to later cognitive competence. *Infant Behavior & Development*, 26(1), s. 87-99.
- Morken, I. (2006). *Normalitet og avvik. Spesialpedagogiske utfordringer - en innføring*. Oslo: J. W Cappelens Forlag AS.
- Morrow, C. E., Culbertson, J. L., Accornero, V. H., Xue, L. H., Anthony, J. C., & Bandstra, E. S. (2006, 2.april). Learning disabilities and intellectual functioning in school-aged children with prenatal cocaine exposure. *Developmental Neuropsychology*, 30(3), 905-931. doi: 10.1207/s15326942dn3003_8
- Nair, P., Black, M. M., Ackerman, J. R., Schuler, M. E., & Keane, V. A. (2008, 30.februar). Children's cognitive-behavioral functioning at age 6 and 7: Prenatal drug exposure and caregiving environment. I *Ambulatory Pediatrics*, 8(3), 154-162. doi: 10.1016/j.ambp.2008.02.002
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (2006). NAV-loven. Arbeids- og velferdsforvaltningsloven, LOV 2006-06-16 nr 20. C.F.R.
- Nordahl, T., & Manger, T. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget
- Norge Helse- og omsorgsdepartement. (2012). *Se meg!: en helhetlig rusmiddelpolitikk : alkohol - narkotika - doping* (Vol. 30(2011-2012)). Oslo: Regjeringen. Hentet 21.oktober 2013 fra;
<http://www.regjeringen.no/pages/37924944/PDFS/STM201120120030000DDDPDFS.pdf>

- Ogden, T. (2008). Atfersproblemer blant barn og unge. In T. Ogden & A.-L. Rygvold, *Innføring i spesialpedagogikk*. (4 utg., s. 133-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ogden, T. R., Anne-Lise. (2008). Spesialpedagogisk praksis *Innføring i spesialpedagogikk* (s. 15-35). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Olofsson, M., & Lindemann, R. (2003). Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet. In K. Killén & M. Olofsson, *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. (s. 39-58). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Packer, L. E., & Pruitt, S. K. (2010). *Challenging kids, challenged teachers: teaching students with Tourette's, bipolar disorder, executive dysfunction, OCD, ADHD, and more*. Bethesda, Md.: Woodbine House.
- Pizarro, D., Habli, M., Grier, M., Bombrys, A., Sibai, B., & Livingston, J. (2011). Higher maternal doses of methadone does not increase neonatal abstinence syndrome. I *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), s.295-298.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Richardson, G. A., Goldschmidt, L., Leech, S., & Willford, J. (2011, 15.mars). Prenatal cocaine exposure: Effects on mother- and teacher-rated behavior problems and growth in school-age children. I *Neurotoxicology and Teratology*, 33(1), s. 69-77. doi: 10.1016/j.ntt.2010.06.003
- Richardson, G. A., Larkby, C., Goldschmidt, L., & Day, N. L. (2013, 20.mars). Adolescent Initiation of Drug Use: Effects of Prenatal Cocaine Exposure. I *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(1), s.37-46. doi: 10.1016/j.jaac.2012.10.011
- Rief, S. F. (2005). *How to reach and teach children with ADD/ADHD: practical techniques, strategies, and interventions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Riggins, T., Cacic, K., Buckingham-Howes, S., Scaletti, L. A., Salmeron, B. J., & Black, M. M. (2012, 13.mars). Memory ability and hippocampal volume in adolescents with prenatal drug exposure. I *Neurotoxicology and Teratology*, 34(4), s.434-441. doi: 10.1016/j.ntt.2012.05.054
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

- Rosenbaum, M. S. (2012). From theoretical generation to verification using structural equation modeling. I *Grounded Theory. The Philosophy, Method and Work of Barney Glaser*. (s. 283-295). Florida: Brown Walker Press.
- Rossow, I., Moan, I. S., Norström, T., Scheffels, J., Lauritzen, G., & Storvoll, E. E. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk* (Vol. 3/2010). Oslo: SIRUS.
- Salo, S., Kivisto, K., Korja, R., Biringen, Z., Tupola, S., Kahila, H., & Kivittie-Kallio, S. (2009, 2.april). Emotional Availability, Parental Self-Efficacy Beliefs, and Child Development in Caregiver-Child Relationships with Buprenorphine-Exposed 3-Year-Olds. I *Parenting-Science and Practice*, 9(3-4), s. 244-259. doi: 10.1080/15295190902844563
- Sameroff, A. J. (2009). *The transactional model of development : how children and contexts shape each other*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: a practical handbook*. London: Sage.
- Slinning, K. (2004a, 2.september). Foster placed children prenatally exposed to poly-substances - Attention-related problems at ages 2 and 4 1/2. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), s.19-27. doi: Doi 10.1007/S00787-004-0350-X
- Slinning, K. (2004b). *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to substances: with special emphasis on attention and self-regulation*. Oslo: Department of Psychology, University of Oslo.
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. In V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen, *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 29-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (2004). *Spedbarnsalderen : revidert og utvidet utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sparks, S. N. (1993). *Children of prenatal substance abuse*. San Diego, Calif.: Singular Publishing Group.
- STATPED. (2013). Spesifikke språkvansker. Hentet 8.10.2013, 2013, fra; <http://www.statped.no/Tema/Sprak/Spesifikke-sprakvansker/>
- Suchman, N. E., McMahon, T. J., Slade, A., & Luthar, S. S. (2005, 8.april). How early bonding, depression, illicit drug use, and perceived support work together to influence drug-dependent mothers' caregiving. I *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(3), 431-445. doi: 10.1037/0002-9432.75.3.431
- Suffet, F., & Brotman, R. (1984). A comprehensive care program for pregnant addicts: obstetrical, neonatal, and child development outcomes. I *Int J Addict*, 19(2), s. 199-219.

- Sundby, J. (2002). Spesifikke språkforstyrrelser. I B. Gjørum & B. Ellertsen, *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv... et skritt videre*. (2. utg., s. 439-473). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sundfær, A. (2004). *Barna til 31 kvinner med rusproblemer er blitt 20 år: hvordan har det gått?* Oslo: Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion øst + sør.
- Tetzchner, S. v. (2001). *Utviklingspsykologi: barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thomas, M. K. (2012). The utility and efficiency of qualitative research software in grounded theory research. *Grounded Theory. The Philosophy, Method and Work of Barney Glaser*. Florida: Brown Walker Press.
- Thompson, B. L., Levitt, P., & Stanwood, G. D. (2009, 19.mars). SCIENCE AND SOCIETY Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. I *Nature Reviews Neuroscience*, 10(4), s. 303-U377. doi: 10.1038/nrn2598
- Thormann, I. (2006). *Medfødte alkoholskader: omsorg og behandling*. København: Hans Reitzels forlag.
- Thormann, I., & Guldberg, C. (1995). *Hånden på hjertet: omsorg for det lille barn i krise*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Unger, A., Jagsch, R., Bawert, A., Winklbaaur, B., Rohrmeister, K., Martin, P. R., . . . Fischer, G. (2011, 2.mars). Are male neonates more vulnerable to neonatal abstinence syndrome than female neonates? I *Gender Medicine*, 8(6), s. 355-364. doi: 10.1016/j.genm.2011.10.001
- Vettrhus, B., & Bjelland, T. (2006). *"Dette gidder jeg ikke, lærer": AD/HD i skolen*. Klepp st.: Info vest forlag
- Walhovd, K. B., Moe, V., Slinning, K., Siqveland, T., Fjell, A. M., Bjornebekk, A., & Smith, L. (2009, 30.februar). Effects of prenatal opiate exposure on brain development - a call for attention. I *Nature Reviews Neuroscience*, 10(5), s. 390-390. doi: 10.1038/nrn2598-c1
- Wallen, L. D., & Gleason, C. A. (2012). Perinatal substance abuse. I *Avery's Diseases of the Newborn. , 9th Edition*, s.111-128.
- Warner, T. D., Behnke, M., Wei, H., Garvan, C. W., Wobie, K., & Eyler, F. D. (2006, 13.mai). Predicting caregiver-reported behavior problems in cocaine-exposed children at 3 years. I *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), s.83-92. doi: 10.1097/00004703-200604000-00001
- Whitaker, T. M., Bada, H. S., Bann, C. M., Shankaran, S., LaGasse, L., Lester, B. M., . . . Higgins, R. (2011, 20.mars). Serial Pediatric Symptom Checklist Screening in

Children With Prenatal Drug Exposure. I *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(3), s.206-215. doi: 10.1097/DBP.0b013e318208ee3c

- Wiig, E. M. (2013). Tvangsinnlagte gravide på Borgestadklinikken . 1996-2010. *RusFag*. - en artikkelsamling fra Regionale Kompetansesentre Rus, 1. Hentet 13.oktober fra; <http://www.borgestadklinikken.no/files/Endelig-versjon--artikkelsamling-20131.pdf>
- Wiig, E. M., & Myholt, R. L. (2012). Gravide innlagt på Borgestadklinikken. etter LOST § 6-2a i perioden 2009-2010. - sammenlignet med funnene fra 1996-2005 og 2006-2008. *Kompetansesenter rus - region sør. Borgestadklinikken - Blå Kors Sør*. Porsgrunn: Borgestadklinikken.
- Wormnæs, O. (2012). Om forståelse, tolkning og hermeneutikk. *Kompendium for SPED 4010, Vitenskapsteori og forskningsmetode*. Oslo: Institutt for spesialpedagogikk.
- Øgrim, G., & Gjerum, B. (2008). Urolige, uoppmerksomme og impulsive barn. In B. Gjerum & B. Ellertsen, *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv.. et skritt videre*. (2 utg., s. 381-414). Oslo: Gyldendal Akademisk.

10 Vedlegg – Forskningslitteratur

- Bada, H. S., Bann, C. M., Bauer, C. R., Shankaran, S., Lester, B., LaGasse, L., . . . Higgins, R. (2011). Preadolescent behavior problems after prenatal cocaine exposure: Relationship between teacher and caretaker ratings (Maternal Lifestyle Study). [Article]. *Neurotoxicology and Teratology*, 33(1), 78-87. doi: 10.1016/j.ntt.2010.06.005
- Bada, H. S., Bann, C. M., Whitaker, T. M., Bauer, C. R., Shankaran, S., LaGasse, L., . . . Higgins, R. (2012). Protective Factors Can Mitigate Behavior Problems After Prenatal Cocaine and Other Drug Exposures. [Article]. *Pediatrics*, 130(6), E1479-E1488. doi: 10.1542/peds.2011-3306
- Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Accornero, V. H., Mansoor, E., Xue, L., & Anthony, J. C. (2010). Estimated effects of in utero cocaine exposure on language development through early adolescence. *Neurotoxicology and Teratology*, 33, 25-35.
- Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Anthony, J. C., Accornero, V. H., & Fried, P. A. (2001). Longitudinal investigation of task persistence and sustained attention in children with prenatal cocaine exposure. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Neurotoxicology and Teratology*, 23(6), 545-559.
- Bandstra, E. S., Vogel, A. L., Morrow, C. E., Xue, L. H., & Anthony, J. C. (2004). Severity of prenatal cocaine exposure and child language functioning through age seven years: A longitudinal latent growth curve analysis. [Article]. *Substance Use & Misuse*, 39(1), 25-59. doi: 10.1081/ja-120027765
- Beeghly, M., Martin, B., Rose-Jacobs, R., Cabral, H., Heeren, T., Augustyn, M., . . . Frank, D. A. (2006). Prenatal cocaine exposure and children's language functioning at 6 and 9.5 years: Moderating effects of child age, birthweight, and gender. [Article]. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(1), 98-115. doi: 10.1093/jpepsy/jsj028
- Bennett, D. S., Bendersky, M., & Lewis, M. (2008). Children's cognitive ability from 4 to 9 years old as a function of prenatal cocaine exposure, environmental risk, and maternal verbal intelligence. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Dev Psychol*, 44(4), 919-928. doi: 10.1037/0012-1649.44.4.919
- Bennett, D. S., Marini, V. A., Berzenski, S. R., Carmody, D. P., & Lewis, M. (2013). Externalizing Problems in Late Childhood as a Function of Prenatal Cocaine Exposure and Environmental Risk. [Article]. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(3), 296-308. doi: 10.1093/jpepsy/jss117
- Betancourt, L. M., Yang, W., Brodsky, N. L., Gallagher, P. R., Malmud, E. K., Giannetta, J. M., . . . Hurt, H. (2011). Adolescents with and without gestational cocaine exposure: Longitudinal analysis of inhibitory control, memory and receptive language. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Neurotoxicol Teratol*, 33(1), 36-46. doi: 10.1016/j.ntt.2010.08.004

- Carmody, D. P., Bennett, D. S., & Lewis, M. (2011). The effects of prenatal cocaine exposure and gender on inhibitory control and attention. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Neurotoxicol Teratol*, 33(1), 61-68. doi: 10.1016/j.ntt.2010.07.004
- Chaplin, T. M., Fahy, T., Sinha, R., & Mayes, L. C. (2009). Emotional arousal in cocaine exposed toddlers: Prediction of behavior problems. [Article]. *Neurotoxicology and Teratology*, 31(5), 275-282. doi: 10.1016/j.ntt.2009.05.002
- Chaplin, T. M., Freiburger, M. B., Mayes, L. C., & Sinha, R. (2010). Prenatal cocaine exposure, gender, and adolescent stress response: A prospective longitudinal study. [Article]. *Neurotoxicology and Teratology*, 32(6), 595-604. doi: 10.1016/j.ntt.2010.08.007
- Derauf, C., LaGasse, L. L., Smith, L. M., Newman, E., Shah, R., Neal, C. R., . . . Lester, B. M. (2012). Prenatal Methamphetamine Exposure and Inhibitory Control among Young School-Age Children. [Article]. *Journal of Pediatrics*, 161(3), 452-459. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.02.002
- Elgen, I., Bruaroy, S., & Laegreid, L. M. (2007). Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. [Article]. *Acta Paediatrica*, 96(12), 1730-1733. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00522.x
- Ellis, L. C., Berg-Nielsen, T. S., Lydersen, S., & Wichstrom, L. (2012). Smoking during pregnancy and psychiatric disorders in preschoolers. [Article]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(11), 635-644. doi: 10.1007/s00787-012-0300-y
- Fisher, P. A., Lester, B. M., DeGarmo, D. S., Lagasse, L. L., Lin, H., Shankaran, S., . . . Higgins, R. (2011). The combined effects of prenatal drug exposure and early adversity on neurobehavioral disinhibition in childhood and adolescence. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Dev Psychopathol*, 23(3), 777-788. doi: 10.1017/S0954579411000290
- Irner, T. B., Teasdale, T. W., & Olofsson, M. (2012). Cognitive and social development in preschool children born to women using substances. [Article]. *J Addict Dis*, 31(1), 29-44. doi: 10.1080/10550887.2011.642766
- LaGasse, L. L., Derauf, C., Smith, L. M., Newman, E., Shah, R., Neal, C., . . . Lester, B. M. (2012). Prenatal methamphetamine exposure and childhood behavior problems at 3 and 5 years of age. [Comparative Study, Multicenter Study, Research Support, N.I.H., Extramural]. *Pediatrics*, 129(4), 681-688. doi: 10.1542/peds.2011-2209
- Levine, T. P., Lester, B., Lagasse, L., Shankaran, S., Bada, H. S., Bauer, C. R., . . . Roberts, M. B. (2012). Psychopathology and special education enrollment in children with prenatal cocaine exposure. [Multicenter Study, Research Support, N.I.H., Extramural, Research Support, Non-U.S. Gov't, Research Support, U.S. Gov't,

P.H.S.]. *J Dev Behav Pediatr*, 33(5), 377-386. doi: 10.1097/DBP.0b013e3182560cd9

- Levine, T. P., Liu, J., Das, A., Lester, B., Lagasse, L., Shankaran, S., . . . Higgins, R. (2008). Effects of prenatal cocaine exposure on special education in school-aged children. [Article]. *Pediatrics*, 122(1), E83-E91. doi: 10.1542/peds.2007-2826
- Lewis, B. A., Minnes, S., Short, E. J., Weishampel, P., Satayathum, S., Min, M. O., . . . Singer, L. T. (2011). The effects of prenatal cocaine on language development at 10 years of age. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Neurotoxicol Teratol*, 33(1), 17-24. doi: 10.1016/j.ntt.2010.06.006
- Li, Z. H., Coles, C. D., Lynch, M. E., Hamann, S., Peltier, S., LaConte, S., & Hu, X. P. (2009). Prenatal cocaine exposure alters emotional arousal regulation and its effects on working memory. [Article]. *Neurotoxicology and Teratology*, 31(6), 342-348. doi: 10.1016/j.ntt.2009.08.005
- McLaughlin, A. A., Minnes, S., Singer, L. T., Min, M. Y., Short, E. J., Scott, T. L., & Satayathum, S. (2011). Caregiver and self-report of mental health symptoms in 9-year old children with prenatal cocaine exposure. [Article]. *Neurotoxicology and Teratology*, 33(5), 582-591. doi: 10.1016/j.ntt.2011.03.002
- McNichol, T., & Tash, C. (2001). Parental substance abuse and the development of children in family foster care. [Article]. *Child Welfare*, 80(2), 239-256.
- Messinger, D. S., Bauer, C. R., Das, A., Seifer, R., Lester, B. M., Lagasse, L. L., . . . Poole, W. K. (2004). The maternal lifestyle study: Cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. [Article]. *Pediatrics*, 113(6), 1677-1685. doi: 10.1542/peds.113.6.1677
- Minnes, S., Singer, L. T., Kirchner, H. L., Short, E., Lewis, B., Satayathum, S., & Queh, D. (2010). The effects of prenatal cocaine exposure on problem behavior in children 4-10 years. [Article]. *Neurotoxicology and Teratology*, 32(4), 443-451. doi: 10.1016/j.ntt.2010.03.005
- Moe, V. (2002). Foster-placed and adopted children exposed in utero to opiates and other substances: Prediction and outcome at four and a half years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(5), 330-339.
- Moe, V., & Slinning, K. (2001). Children prenatally exposed to substances: Gender-related differences in outcome from infancy to 3 years of age. *Infant Mental Health Journal*, 22(3), 334-350. doi: Doi 10.1002/Imhj.1005
- Moe, V., & Smith, L. (2003). The relation of prenatal substance exposure and infant recognition memory to later cognitive competence. *Infant Behavior & Development*, 26(1), 87-99.
- Morrow, C. E., Culbertson, J. L., Accornero, V. H., Xue, L. H., Anthony, J. C., & Bandstra, E. S. (2006). Learning disabilities and intellectual functioning in school-aged children

- with prenatal cocaine exposure. [Article]. *Developmental Neuropsychology*, 30(3), 905-931. doi: 10.1207/s15326942dn3003_8
- Nair, P., Black, M. M., Ackerman, J. R., Schuler, M. E., & Keane, V. A. (2008). Children's cognitive-behavioral functioning at age 6 and 7: Prenatal drug exposure and caregiving environment. [Article]. *Ambulatory Pediatrics*, 8(3), 154-162. doi: 10.1016/j.ambp.2008.02.002
- Richardson, G. A., Goldschmidt, L., Leech, S., & Willford, J. (2011). Prenatal cocaine exposure: Effects on mother- and teacher-rated behavior problems and growth in school-age children. [Article]. *Neurotoxicology and Teratology*, 33(1), 69-77. doi: 10.1016/j.ntt.2010.06.003
- Riggins, T., Cacic, K., Buckingham-Howes, S., Scaletti, L. A., Salmeron, B. J., & Black, M. M. (2012). Memory ability and hippocampal volume in adolescents with prenatal drug exposure. [Article]. *Neurotoxicology and Teratology*, 34(4), 434-441. doi: 10.1016/j.ntt.2012.05.054
- Salo, S., Kivisto, K., Korja, R., Biringen, Z., Tupola, S., Kahila, H., & Kivitie-Kallio, S. (2009). Emotional Availability, Parental Self-Efficacy Beliefs, and Child Development in Caregiver-Child Relationships with Buprenorphine-Exposed 3-Year-Olds. [Article]. *Parenting-Science and Practice*, 9(3-4), 244-259. doi: 10.1080/15295190902844563
- Slinning, K. (2004). Foster placed children prenatally exposed to poly-substances - Attention-related problems at ages 2 and 4 1/2. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 19-27. doi: Doi 10.1007/S00787-004-0350-X
- Suffet, F., & Brotman, R. (1984). A comprehensive care program for pregnant addicts: obstetrical, neonatal, and child development outcomes. [Research Support, Non-U.S. Gov't., Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Int J Addict*, 19(2), 199-219.
- Unger, A., Jagsch, R., Bawert, A., Winklbaaur, B., Rohrmeister, K., Martin, P. R., . . . Fischer, G. (2011). Are male neonates more vulnerable to neonatal abstinence syndrome than female neonates? [Comparative Study]. *Gender Medicine*, 8(6), 355-364. doi: 10.1016/j.genm.2011.10.001
- Warner, T. D., Behnke, M., Wei, H., Garvan, C. W., Wobie, K., & Eyler, F. D. (2006). Predicting caregiver-reported behavior problems in cocaine-exposed children at 3 years. [Article]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 83-92. doi: 10.1097/00004703-200604000-00001
- Whitaker, T. M., Bada, H. S., Bann, C. M., Shankaran, S., LaGasse, L., Lester, B. M., . . . Higgins, R. (2011). Serial Pediatric Symptom Checklist Screening in Children With Prenatal Drug Exposure. [Article]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(3), 206-215. doi: 10.1097/DBP.0b013e318208ee3c

11 Vedlegg - Intervjuguide

DOKUMENTERTE VANSKER

- Hva slags kunnskap er allerede tilgjengelig rundt dette temaet?
-
- I hvilken grad stemmer dette overens med det du selv har observert?
- Vil det kunne være vansker som blir verre med alder, eller vansker som blir lettere med alder?
- Har du opplevd å se elever med vansker som ikke er dokumentert og som går igjen(er homogene) i denne elevgruppen?

Hvis det ikke blir nevnt:

- I hvilken grad er disse elevene mer utsatt for psykiske vansker?
- Finnes det andre vansker eller utfall er disse elevene mer utsatt for, og i så fall hvilke(andre)?

VANSKENES FUNKSJON

- Finnes det ”negative sider” ved å ha vansker som kan relateres til mors rusmiddelbruk(eventuelt det elever har uttalt), og i så fall hvilke(beskrive)?

Eksempelvis: helseskade, reduserte prestasjoner på skolen, sosial tilbaketrekning med mer.

- Vet du om det finnes ”positive sider” ved å ha vansker som kan relateres til mors rusmiddelbruk, og i så fall hvilke(beskrive)?

Eksempelvis: opplevelse av egen mestring, kontroll over eget liv, lykkes bedre enn sin mor med mer.

- Hvordan påvirker disse problemene forholdet til andre mennesker/elever?/ Hvordan påvirker vanskene samspillet mellom venner og andre jevnaldrende?
- Endrer dette seg over tid og med situasjon?

TIDLIGERE HJELP

- Kan du beskrive den hjelpen disse elevene eventuelt har fått før skolealder?
- Kan du si noe om hva de har opplevd som god hjelp? Hvorfor?
- Kan du si noe om hva de har opplevd som dårlig hjelp? Hvorfor?

ATTRIBUERINGER I FORHOLD TIL ÅRSÅK TIL VANSKER

- Er elevene som regel informert om årsaken til vanskene sine, og i så fall; hva kaller elevene sine egne problemer?
- Ser du elever hvor vanskene kan årsaksforklares til andre faktorer enn mors rusmiddelbruk?
- Ser du noen sammenheng mellom vanskene og oppvekstmiljø?
- Ser du noen sammenheng mellom vanskene og skolen?
 - Annet, for eksempel jevnaldrende?
- Hvordan årsaksforklarer elevene selv sine vansker? (For eksempel: Hadde fått slike problemer uavhengig av mors rusmiddelbruk?)
 - På hvilke(n) måte(r) påvirker deres (eventuelle) tanker om dette sitt forhold til andre mennesker?
 - På hvilke(n) måte(r) påvirker deres (eventuelle) tanker om dette sitt forhold til egen prestasjon på skolen?
 - På hvilke(n) måte(r) påvirker deres (eventuelle) tanker om dette sitt forhold til egen motivasjon?

SKOLE

- Kan du si noe om betydningen for eleven av forholdet til
 - Medelever
 - Lærere og andre ansatte ved skolen
 - PPT og eventuelt BUP
 - Familie
 - Andre/annet
- I hvilken grad opplever du at lærere har den kompetansen de trenger?
- I hvilken grad opplever du at lærere og andre fagpersoner søker informasjon om temaet?
- I hvilken grad opplever du at samarbeidet mellom PPT og skole er godt?
- I hvilken grad opplever du at samarbeidet mellom BUP og skole er godt?
- Hva slags tilrettelegging er mest gjennomgående for disse elevene, og har du inntrykk av at dette er godt nok?

Hvis negativt:

- Hva slags tilrettelegging blir oversett og bør taes i bruk?

La informanten snakke mest mulig fritt rundt dette, men oppfølgingsspørsmål etter hvert er nødvendig da dette er et viktig tema.

MOTIVASJON

- Kan du si litt om hva *motivasjon* har å si for disse elevene i skolehverdagen?
 - Er det *noe* som særlig bidrar/har bidratt til å fremme motivasjon?
 - Er det *noen* som særlig bidrar/har bidratt til å fremme en slik motivasjon?
 - Er det *noe* som særlig hemmer/har hemmet en slik motivasjon?
 - Er det *noen* som særlig hemmer/har hemmet en slik motivasjon?
 - Har du tanker om det er *noe/noen* som kunne ha hjulpet elevene til å bli mer motivert?

SAMSPILL

- Hva legger du i begrepet atferdsvansker?
- Har du opplevd at elevene har atferdsvansker?
- Har du opplevd at elevene har andre reguleringsvansker, og i så fall hvilke?
- Hvordan oppfattes elevene av sine jevnaldrende?
- Hvordan oppfattes elevene av sine lærere og andre fagfolk?

Hvis negativt:

- Hvordan har dette påvirket de elevene du har sett?
 - Hva tenker du om den transaksjonsprosessen/gjensidige påvirkningen som oppstår i disse tilfellene?
- Dette temaet blir gjerne omtalt som et sårbart tema, hvor ordet skam ofte blir brakt opp. Hva legger du i ordet ”skam”?
- Har du opplevd situasjon(er) der disse elevene skammer seg mer enn andre?

Hvis positivt svar:

- Hvilke situasjoner er det? Gi eksempler.

- Hva skammer de seg over?
- Hvorfor skammer de seg over dette?
- På hvilke(n) måte(r) tror du deres (eventuelle) skam påvirker deres forhold til andre mennesker?
- På hvilke(n) måte(r) påvirker det forholdet til skolen?

ANDRE TEMA

- Er det andre ting du har lyst til å ta opp – eller noe du vil si mer om?

12 Vedlegg – Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Peer Møller Sørensen
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 29.01.2013

Vår ref:32802 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32802	<i>Tilrettelegging for ruseksponerte elever i barneskolen</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Peer Møller Sørensen</i>
Student	<i>Inger Helene Hangaas</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

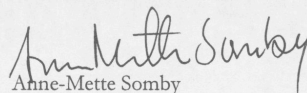
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Atle Alvheim


Anne-Mette Somby

Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Inger Helene Hangaas, Johannes Brunsgate 14, 0452 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

13 Vedlegg – Samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er ruseksponerte elever, og jeg skal undersøke hvilke vansker disse elevene har og hva slags tilrettelegging de har behov for. Jeg er interessert i å finne ut om det er vansker i skolehverdagen som er homogene for denne gruppen elever, og i hvilken grad de blir sett eller oppdaget og får den tilretteleggingen de har behov for. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju eksperter på området. Spørsmålene vil f.eks dreie seg om skolehverdagen til elevene, både faglig, sosialt og emosjonelt. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut noe om hvordan skolene arbeider i forhold til disse elevene, som for eksempel deres kompetanse og holdninger. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time/halvannen, og vi blir sammen enige om tid og sted. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig. Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg. Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 980 62 485, eller sende en e-post til iheleneh@gmail.com. Du kan også kontakte min veileder Charlotte Egeland ved Institutt for spesialpedagogikk på telefonnummer 997 39 662. Studiet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Inger Helene Hangaas

Samtykkeerklæring: Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur:..... Telefonnummer:.....

